

Paoli

1900.

APPENDICITE TUBERCULEUSE

N° 91

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1908

PAR

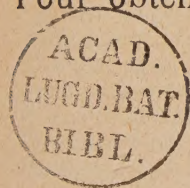
Paul PAOLI

Né à Coti-Chiavari (Corse), le 2 novembre 1885

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (*Concours* 1904)

INTERNE A L'HOPITAL CIVIL D'ORAN (1906-1907)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoaires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT (*), <i>président</i> .	MM. VIRES, <i>agrégé</i> .
BAUMEL, <i>professeur</i> .	SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

B. PAOLI

DOCTEUR EN MÉDECINE

« A toi, père aimé, je dédie ma thèse. Le souvenir du bien que tu fis, durant ta vie, me protégera dans la dure lutte pour l'existence qu'il me faut à mon tour livrer. Ton fils sera ce que tu étais : honnête et bon. »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

« Cher Maître, vous souvenant de la profonde amitié qui vous unissait à notre père, vous nous avez toujours témoigné la plus profonde bienveillance. Nous vous prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre respectueux attachement, en même temps que nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse. »

P. PAOLI.

A MA MÈRE

« Reçois ce pieux hommage de ton fils. Il mettra un peu de bonheur dans ton cœur endolori. »

A MA GRAND'MÈRE

« Ma bonne grand'mère, tu n'es qu'une humble paysanne d'un village corse, et cependant de tes enfants, grâce à une vie modeste de dévouement et de sacrifice, tu fis des hommes. Ce jour de ma thèse l'en rappellera un plus beau, le jour de celle de mon père. »

A MES ONCLES CAMILLE ET LOUIS PAOLI

« Je vous dois tout et je vous confonds dans ma reconnaissance qui sera éternelle. »

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

« Aimons-nous toujours et soyons toujours unis. »

A MES AMIS

P. PAOLI.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

« Vous fûtes pour nous un maître aimable et serviable. Vous nous avez appris à aimer la médecine infantile. Nous nous efforcerons d'user de notre mieux des solides leçons de clinique que nous primes dans votre service. »

A MONSIEUR IZARD

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

« Nous vous remercions sincèrement de tout l'intérêt que vous n'avez cessé de nous témoigner au cours de nos études médicales, et nous vous prions d'agréer notre plus profonde reconnaissance. »

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SOUBEYRAN

« Nous vous remercions de nous avoir toujours considéré non pas comme un élève, mais comme un ami. »

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VIRES

« En souvenir des excellents services qu'il a bien voulu gracieusement nous rendre. »

P. PAOLI.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, un doux devoir d'amour filial nous ramène vers le passé. En ce moment, où nous allons obtenir le diplôme tant désiré, une émotion profonde nous saisit. Nous songeons, en effet, que c'est dans cette vieille Faculté de Médecine de Montpellier, et peut-être dans cette même salle, qu'il y a de longues années déjà, notre père soutint sa thèse. Notre pensée s'en va toute vers le cher disparu. Pauvre père, tu nous a quitté bien tôt, et c'est une lourde tâche qu'en qualité d'aîné tu nous laisses à remplir. Tu n'est plus là pour nous donner l'accolade du vieux confrère au jeune débutant, mais repose heureux, ton souvenir est gravé au plus profond de notre mémoire.

Notre devoir est aussi de dire à nos oncles, Camille et Louis Paoli, combien nous leur devons. Si nous avons pu arriver à conquérir notre grade, c'est à eux qu'en revient la plus grande part. Ils ont fait pour nous l'impossible. Leur dévouement fut sans bornes, et nous le mîmes à bien des épreuves. Ils savent bien que notre reconnaissance ne pourra jamais égaler tous les sacrifices qu'ils ont faits pour nous, et « qu'ils feraient encore s'ils avaient à les faire ».

M. le professeur Tédénat, dont nous restâmes l'externe pendant un an, fut pour nous un maître aimé et adoré. Il

nous apprit à aimer la chirurgie. Jamais nous n'oublierons l'année que nous passâmes dans son service. Il y eût pour nous une bienveillance inépuisable. Voir notre maître opérer était pour nous un vrai régal. Parfois même, à vouloir suivre cette vitesse opératoire dont seul il a le secret, il nous arrivait d'oublier notre rôle d'aide passif ; les fils à ligature que nous étions chargé de préparer mettaient plus de temps à parvenir au maître, qui nous plaisantait alors si aimablement, que nous ne pouvions que rire de grand cœur de ses boutades. Nous regrettons de ne pouvoir plus assister à ces causeries, où en quelques mots expressifs, et avec quelques vagues coups de craie, notre maître nous apprenait plus pour notre pratique à venir et nous faisait plus profiter que la lecture souvent aride de nos livres d'étude.

Chez M. le professeur Baumel, nous demeurâmes quelques mois comme externe. Il nous reçut en ami, nous ouvrant bien grandes les portes de son service, où nous prîmes d'admirables leçons de clinique infantile. Nous y étudîâmes l'art de guérir ces petits malades si intéressants, nous souvenant toujours du précepte de notre maître : « *ars tota in observationibus* ».

M. le professeur agrégé Soubeyran fut un de nos premiers maîtres. C'est grâce aux conférences que nous suivîmes chez lui, que nous arrivâmes à l'externat. Depuis lors, nous avons déjà pu hautement l'apprécier. Nous n'eûmes toujours qu'à nous louer de son amabilité. Il nous considéra toujours plus comme un ami que comme un élève. Notre inaltérable reconnaissance lui est acquise.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le professeur agrégé Vires, à qui nous eûmes souvent recours et dont la gentillesse à notre égard ne fut jamais en défaut.

Nous partons avec le regret de ne pouvoir profiter davantage de son solide enseignement.

A l'hôpital civil d'Oran, nous passâmes deux longues années sous le beau ciel bleu de l'Algérie. Il nous plaît d'évoquer ces jours encore frais dans notre mémoire. Nous y vécûmes avec de vrais amis. A nos camarades d'internat, les docteurs Loiseau, Sauveplane, Quillié, Arroux, Lauze, Béral, nous envoyons un salut fraternel par delà la mer. Nous n'avons pas oublié que nous luttâmes ensemble pour la bonne cause, pour défendre nos droits d'interne et de futur médecin contre une administration malveillante, qui se faisait un malin plaisir d'accumuler les vexations à notre égard. Du corps médical, nous n'avons qu'à nous en louer amplement. Nous avons rapporté des docteurs Sandras, Bréjeat, Abadie, Solal, Glatard, Gaudibert, le meilleur des souvenirs.

M. Izard, le charmant secrétaire de la Faculté de médecine, sait trop en quelle haute estime nous le tenons. Au cours de nos études médicales, il veilla sur nous avec un soin jaloux, ne nous perdant jamais de vue. Nous n'oublions jamais tout ce qu'il fit pour notre avenir. Notre meilleur témoignage de sympathie aussi à MM. Fourcade et Causse.

Au docteur Gaujoux, le distingué chef de clinique de médecine infantile, notre vieil ami et notre sage mentor, nous disons un affectueux merci.

Quant à nos camarades, les docteurs Léothaud, Paire, Eshner de Coninck, Duplessis de Pouzilbac, Guidoni, le pharmacien Bourdou, de Florensac, nous les assurons de notre profonde et inaltérable amitié, et à tous nous souhaitons bonne chance. Et maintenant, c'est la fin. Il nous faut quitter l'alma mater, dire adieu à la vie d'étudiant. Nous la regretterons cependant, cette vie facile

de notre folle jeunesse. Ma foi, quand nous serons vieux, les membres rhumatisants d'avoir, après nos examens, la nuit trop couru le guilledou, sous l'œil bienveillant de la lune opaline, nous rêverons parfois au bon vieux temps, et nous murmurerons, dans un fou désir : « Où sont les neiges d'antan ? » Mais hélas ! au lieu de nous coucher comme autrefois avec l'aurore, ce sera peut-être une brutale attaque de goutte qui nous réveillera au chant du coq.

APPENDICITE TUBERCULEUSE

(REVUE GÉNÉRALE)

INTRODUCTION

Durant l'année d'externat (1905-1906), que nous passâmes chez notre maître, M. le professeur Tédenat, nous eûmes le bonheur de lui voir opérer quelques cas d'appendicite tuberculeuse. A ce propos, dans certaines de ses causeries chirurgicales qui suivent toute opération, M. le professeur Tédenat insista longuement sur cette affection, peu décrite par les auteurs classiques. Les traités de chirurgie en font, en effet, à peine mention comme « localisation primitive du bacille de Koch dans l'organisme ». Dieulafoy, parlant de l'appendicite tuberculeuse, prétend qu'elle est « exceptionnellement rare ». Sans être cependant absolument de l'avis contraire de Letulle et Weinberg, qui déclarent que l'appendicite tuberculeuse est « excessivement commune », notre éminent maître en fait une affection assez fréquente et surtout digne d'attirer l'attention du clinicien. Dans son langage à la fois imagé et précis, il nous rappela le passé touffu et embrouillé de cette maladie. Il s'étendit sur son évolution clinique, en faisant ressortir les rares points où elle diffère d'une appendicite vulgaire : « cette marche à répé-

tition, par crises subintrantes et espacées, cette tendance à la chronicité », qui permettent d'éclairer un diagnostic d'une rare difficulté à poser. Ce sont donc un peu beaucoup les théories de M. le professeur Tédénat que nous développons dans ce travail. Il nous a paru que cette question de l'appendicite tuberculeuse méritait une mise au point. On a beaucoup écrit sur ce sujet. Evidemment, nous arrivons assez tard. Tout est dit, semble-t-il. Nous ne prétendons apporter aucun fait saillant, mais notre but est de donner ici une revue d'ensemble sur l'histoire de l'appendicite tuberculeuse. Nous insisterons, au cours de notre sujet, sur certaines idées suggérées par notre maître, qui permettront de voir la question sous un jour nouveau. En terminant, nous serons heureux d'avoir pu à notre tour ajouter une modeste pierre à cet édifice déjà bien surchargé. Nous avons divisé notre ouvrage en 9 parties.

Dans la première, nous nous sommes efforcé de présenter un historique aussi complet que possible. Nous commençons par Corbin, d'Orléans, le premier en date, pour terminer aux travaux parus dans ces dernières années.

Nous avons fait de l'étiologie et de la pathogénie un seul chapitre qui constitue la deuxième partie. Les différentes causes de l'appendicite bacillaire « prédisposantes et réelles » y sont étudiées. Nous nous y occupons ensuite du mécanisme de l'infection par le bacille de Koch, des voies qu'il suit pour arriver à l'appendicite. Les nombreuses théories expliquant la pathogénie de l'affection sont aussi exposées, depuis celles surannées du vase clos et des corps étrangers, jusqu'à celles modernes, basées, l'une sur la constitution anatomique de l'appendice, l'autre sur sa situation.

Dans la troisième partie, nous traitons de l'anatomie pathologique. Le laboratoire nous a permis de voir de près de nombreuses pièces qui nous ont servi à présenter une étude des différentes formes ordinaires d'un appendice tuberculeux, granulations bacillaires, ulcérations, perforations et de certaines formes spéciales, telles qu'hypertrophie de l'organe ou dilatation kystique.

La quatrième partie est consacrée à la symptomatologie. Nous nous y arrêtons longuement, essayant de montrer la différenciation possible d'une appendicite tuberculeuse d'une appendicite banale. Cette étude de l'évolution clinique, nous avons essayé de la rendre vivante, d'en faire un tableau typique, destiné à ouvrir les yeux plus tard au chirurgien dans le doute.

Les complications nous ont paru assez importantes pour que nous les ayons classées en un chapitre à part, qui constitue la cinquième partie. Dans presque tous les ouvrages, on n'y insiste qu'assez superficiellement. Elles valent la peine qu'on les étudie de près, dans l'intérêt du malade.

La sixième partie traite du diagnostic, où tout a été loin d'être dit, car, qui peut affirmer faire de cette affection un diagnostic ferme rien qu'en se basant sur l'évolution clinique, sans l'aide précieux du microscope ? Sujet délicat, que nous nous sommes efforcé de débrouiller.

La septième partie, plus courte, s'occupe du pronostic. Là nous avons pu être assez bref. Bien noir, pour une appendicite tuberculeuse évoluant sans qu'on y touche, il devient rassurant, dès qu'on prend le bistouri, pour les formes de début, et les chances de guérison vont diminuant en s'éloignant de ces formes primitives.

Le traitement forme un tout important. Dans la huitième partie, nous nous en occupons longuement. Il faut

opérer, mais quand et comment ? Nous y décrivons rapidement l'acte opératoire, et suivant la méthode chère à notre maître, qui donne de si heureux résultats.

Enfin, la dernière partie est consacrée aux observations. M. le professeur Tédénat a bien voulu nous communiquer des observations inédites. Nous avons usé largement de son amabilité à l'antique. M. le docteur Romant, interne du service, nous a offert deux observations de deux malades opérés cette année. Il a été à la peine pour nous. Nous l'en remercions bien amicalement. Nous publions, avec d'autres observations, prises dans des thèses précédentes, une observation personnelle, d'une malade que nous avons autopsiée pendant notre internat à Oran, morte de tuberculose pulmonaire aiguë pendant une crise qu'on croyait d'appendicite ordinaire aiguë. A l'autopsie, nous trouvâmes un appendice présentant des granulations vraisemblablement d'origine tuberculeuse.

Nous souhaitons vivement que notre étude, sans prétention aucune, puisse avoir fait œuvre utile, en attirant l'attention des médecins sur l'appendicite tuberculeuse, qu'il est si utile, en vue de son traitement et de la guérison du malade, de dépister au plus tôt.

HISTORIQUE

Les premiers auteurs qui ont noté des lésions de « l'appendice cœcal », Mestivier (1) (1759), Jadelot, Wedeler, Longer-Willermay (2) (1824), Meslier (3) (1827), paraissent n'avoir observé aucune lésion appendiculaire tuberculeuse. Au dire de Lesueur (Thèse de Paris 1903), la première observation d'appendicite tuberculeuse serait due à Corbin d'Orléans (4) (1837). Il rapporte un cas de perforation de l'appendice, où, à l'autopsie, il trouva une surface interne de l'appendice rugueuse et à aspect mamelonné, présentant, en outre, un certain nombre d'ulcérations lenticulaires. En 1838, paraît en Amérique une observation du même genre, d'Hallowell (5).

Les années suivantes se suivent de nombreuses communications. En 1844, Bodart (6) dans sa thèse, Simon (7)

(1) Mestivier. — *Journal de médecine et de chirurgie*, t. X, p. 441, 1759.

(2) Longer-Willermay. — *Arch. gén. de médecine*, 1824.

(3) Meslier. — *Journal général de méd. et de chirurgie*, 1827.

(4) Corbin. — Notes sur les maladies de l'appendice cœcal. (*Gazette médicale*, 7 octobre 1837).

(5) Hallowell. — *Am. Journ. of med. sc.*, 1838, vol. XXII, p. 127.

(6) Bodart. — Des perforations du cœcum et de celles de l'appendice cœcal. Th. de Paris, 1844.

(7) Simon. — Perforation de l'appendice cœcal. (*Bulletin Soc. anatomique*, 1847, p. 133).

en 1847, Favre (1), en 1851, Dufour (2), en 1852, publient des cas de péritonites suraiguës par perforation appendiculaire dont, pour la plupart, la cause anatomique était une tuberculose intestinale propagée à l'appendice. La même année (1852), Broca (3) présente à la Société anatomique un appendice, non compliqué de perforations, et dont la muqueuse est infiltrée de granulations tuberculeuses. A l'étranger, des faits du même genre sont relatés par Cless (4) et Albers (5), en Allemagne, Habersohn (6) en Angleterre. Pour eux, on trouve très communément dans la phtisie des ulcérations tuberculeuses de l'appendice avec perforations consécutives.

Cette tendance à voir dans la tuberculose une des causes les plus fréquentes de la perforation appendiculaire se manifeste surtout dans un mémoire d'ensemble que publie Leudet (7) (1859). Il rapporte 18 cas d'appendicite chez des tuberculeux, dont 6 avec perforation.

En 1865, Crouzet (8) dans sa thèse trouve trop fortes les proportions données par Leudet, mais tout en ne voyant pas dans toute appendicite tuberculeuse une appendicite perforante, dans l'étiologie de la perforation, il met cependant la tuberculose au premier rang. Sur ses

(1) Favre. — Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal. Th. de Paris, 1851.

(2) Dufour. — *Bull. Soc. anatomique*, 1852, p. 212.

(3) Broca. — *Bull. Soc. anatomique*, 1852, p. 111.

(4) Cless. — *Canstats Jahrbereich*, 1853, t. III, p. 187.

(5) Albers. — *Archiv. für Physiologische*, 1851, p. 455.

(6) Habersohn. — *Obs. and diseases of the alimentary canal*. London, 1857.

(7) Leudet. — *Arch. gén. de médecine*, août et sept., 1859.

(8) Crouzet. — Des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal. Th. Paris, 1865.

48 observations, 14 seulement sont dues à la tuberculose. A sa suite, Blatin (1) (1868), Sauzède (2) (1871), Legrain (3) (1875), Paulier (4) (1875), Taverney (5) (1877), se contentent de signaler à leur tour l'appendicite tuberculeuse, sans apporter toutefois d'observations nouvelles.

En 1869, Duguet (6) communique à la Société de biologie l'observation d'un cas de phlegmon appendiculaire chez un tuberculeux, avec une ulcération très profonde de l'appendice à son origine, et une inflammation diffuse entre la musculuse et la muqueuse. Enfin, dans sa thèse d'agrégation « sur la tuberculisation du tube digestif », Spillmann (7) (1878) étudie d'une façon magistrale l'anatomie pathologique de l'appendicite tuberculeuse. Quant à sa description clinique, elle s'applique plutôt à la typhlite.

Survient ensuite dans la littérature médicale, une période d'oubli de toute la pathologie de l'appendice et partant de l'appendicite tuberculeuse, ses symptômes cliniques étant communément attribués à la typhlite et à la pérityphlite.

(1) Blatin. — Recherches sur la typhlite et pérityphlite consécutives. Th. Paris, 1868.

(2) Sauzède. — Etranglement interne consécutif à une perforation de l'app. cœcal. Th. Paris, 1871.

(3) Legrain. — Contribution à l'étude des maladies de l'app. iléo-cœcal. Th. Paris, 1875.

(4) Paulier. — Typhlite et pérityphlite. Th. Paris, 1875.

(5) Taverney. — Des ulcérations et perforations de l'appendice vermiculaire. Th. Paris, 1877.

(6) Duguet — Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse. (*Bull. Soc. Biol.*, 1869).

(7) Spillmann. — De la tuberculisation du tube digestif. Th. Paris, 1878.

Peu à peu, le réveil se fait, et on s'occupe à nouveau de la tuberculose de cet organe. Les travaux des chirurgiens américains remettent l'appendice en jeu, car leurs fréquentes et heureuses laparotomies promettent de constater de nombreuses lésions de l'appendicite. Cependant, les écrits de Trêves (1) (1888), de Bridge (2) (1890), d'Elliot (3) (1890), de Denis (4) (1891), quoique consacrés à l'appendicite, ne parle pas de celle de nature tuberculeuse. Bouglé (5) (1903), cite pourtant un travail de Biggs (1888) sur la tuberculose de l'appendice que Lesueur a vainement recherché. De même, en 1891, Bland-Sutton (6) publie une observation d'appendicite qu'il croit de nature tuberculeuse, mais l'examen microscopique n'ayant décelé aucun bacille spécifique, le cas est douteux.

Il faut arriver à 1891 pour voir la question s'éclairer d'un nouveau jour. Pilliet et Hartmann (7) communiquent à la Société d'anatomie une observation très intéressante sur un cas d'appendicite tuberculeuse que nous résumons. Il s'agit d'un malade opéré et où le diagnostic d'appendicite avait été fait par des vomissements, des douleurs abdominales et de la fièvre. L'appendice extirpé

(1) Trêves. — Royal Medical and surgical Society (in *Lancet* London, 1888, p. 322, et *Lancet*, 1889, p. 67).

(2) Normann Bridge. — *Medical News*, mai 1890.

(3) Elliot. — *American Journ. of med. sc.*, juin 1890.

(4) Denis. — *Medical News*, 1891.

(5) Bouglé. — L'app. tub. (*Arch. gén. de m^d.d.*, 3 février 1903, t. I, p. 263).

(6) Bland-Sutton. — *Brit. Med. Journ.*, 1891, 1^{er} semestre, 1^{er} sept., p. 409.

(7) Pilliet et Hartmann. — Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région. (*Bull. Soc. anat.*, 31 juillet 1891).

présentait une muqueuse épaissie avec disparition de l'épithélium et transformation des glandes lymphatiques en follicules tuberculeux.

Quatre mois plus tard, Roux de Lausanne (1) publie son mémoire sur « la pérityphlite suppurée » et cite trois cas de tuberculose de l'appendice sur 73 observations. Deux de ces cas ont présenté les symptômes cliniques d'une appendicite aiguë, et l'examen des pièces montra des amas de fongosités et des masses caséifiées.

En 1892, à la Société de chirurgie, s'engage une importante discussion sur l'appendicite. Successivement, Bouilly (2), Richelot (3), Delorme (4), Terrier (5), Reclus (6), contribuent puissamment à fixer l'histoire clinique de la tuberculose appendiculaire. Parmi les observations, pour toutes lesquelles, malheureusement, ne fut pas fait l'examen histologique des pièces, citons celles de Delorme : « de deux malades opérés par lui, et guéris, et où l'inoculation aux cobayes donna des résultats positifs ».

Les années suivantes, des publications de nombreux cas isolés ont lieu en France et à l'étranger. En France, nous notons le travail de Talamon (7) (1892), et une observation très complète de Monod (8) (1895), avec inoculation positive; à l'étranger, Zahlmann (9), de Copenhague

(1) Roux. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, nov. 1891.

(2) Bouilly. — *Bull. Soc. chir.*, 2 mars 1892, p. 165.

(3) Richelot. — *Bull. Soc. chir.*, 28 mars 1892, p. 239.

(4) Delorme. — *Bull. Soc. chir.*, 30 mars 1892 et 22 nov. 1893.

(5) Terrier. — *Bull. Soc. chir.*, 17 février et 30 mars 1892.

(6) Reclus. — *Bull. Soc. chir.*, 21 juin 1893.

(7) Talamon. — Appendicite et pérityphlite, 1892.

(8) Monod. — *Bull. Soc. chir.*, 10 juillet 1895.

(9) Zahlmann. — *Hospitals Tidende*, Copenhague, 1892, n° 36.

(1892), Stearns (1) (1893), qui présente des pièces d'un malade mort d'une appendicite tuberculeuse, à simulation clinique d'un typhoïde, Karewsky (2) (1895), qui relate deux cas chez les enfants.

En 1896, paraît la thèse de Aynès (3), de Bordeaux, que l'on peut considérer comme le premier travail d'ensemble. Gouget (4) communique à la Société d'anatomie deux cas de tuberculose diffuse, avec appendicite purulente. Nicaise (5), dans un article sur l'appendicite, dans la Revue de chirurgie, présente le cas d'une femme à appendice infiltré de matières caséuses et perforé à son insertion sur le cœcum.

L'année suivante (1897), Born (6) traite l'appendicite tuberculeuse, mais ses observations ne se rapportent qu'à des cas de tuberculose iléo-cœcale. C'est cette même année que Letulle et Weinberg (7) publient leur important travail sur la description anatomo-pathologique des lésions appendiculaires, auquel on n'a presque rien ajouté depuis, et avec Legueu (8) (1897), l'appendicite tuberculeuse fait enfin son entrée officielle dans la pathologie.

C'est ainsi qu'en 1898, Jalaguier (9), dans son article

(1) Stearns. — *New-York Path. Soc.*, 1893, p. 25.

(2) Karewsky. — *Pathologie und Therapie des Perityphlites*, 1895.

(3) Aynès. — *Recherche et considération sur l'appendicite et la typhlite tuberculeuse*. Th. de Bordeaux, 1896.

(4) Gouget. — *Bull. Soc. Anat.*, 2 avril 1896.

(5) Nicaise. — Sur l'appendicite. (*Revue de chirurgie*, 1896, p. 386).

(6) Born. — Th. de Berlin, 1897.

(7) Letulle et Weinberg. — *Arch. des sc. méd. de Jonnesco*, sept. et nov. 1897, p. 506.

(8) Legueu. — De l'appendicite. Mai 1897.

(9) Jalaguier. — *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, 1898.

sur l'appendicite, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, consacre tout un chapitre à l'étude de l'appendicite tuberculeuse alors que dans l'édition de 1892, il ne la mentionnait même pas. Il apporte deux faits personnels d'appendicite tuberculeuse, avec perforation compliquant une tuberculose intestinale. Dans les travaux de Carl Beck (1), relatifs à quatre cas d'appendicite tuberculeuse, citons en un d'appendice hypertrophié, avec un foyer caséux dans la paroi, et un autre d'un appendice épaissi, présentant de nombreux tubercules. Dans un article de la *Presse Médicale*, Cathelin (2) (1898) s'occupe d'un malade porteur d'un abcès tuberculeux, avec abcès lombaire et fistule pyo-stercorale. L'autopsie avait montré de nombreux foyers caséux de l'appendice.

En 1899, dans sa thèse, Pesquerel (3) rapporte deux observations d'appendicite tuberculeuse dont on a pratiqué l'ablation, suites de guérison. Tuffier et Jeaune (4) font paraître leur statistique, et prétendent, contrairement à l'opinion des précédents auteurs, en se basant sur 180 autopsies, que « la tuberculose de l'appendice est une exception ». Dans les travaux de Moizard (5) (1900), Sotty (6) (1901), paraissent encore de nombreuses observations. Marcland (7) (1902), sur 70 autopsies d'appendici-

(1) Carl Beck. — *Sambung Klinisch Vortraege*, sept. 1898.

(2) Cathelin. — *Presse Médicale*, 26 juillet 1898.

(3) Pesquerel. — *Appendicites chroniques*. Th. de Paris, 1899.

(4) Tuffier et Jeaune. — *Revue de gynécologie*, 10 juin 1899.

(5) Moizard. — La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. (*Journal des Praticiens*, 7 août 1900).

(6) Sotty. — Essai sur la péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite. Th. Lyon, 1901.

(7) Marcland. — *Appendice et appendicite*. Th. Paris, 1902.

te, en trouve 7 chez des phthisiques, dont deux avec lésions tuberculeuses de l'appendice. Il semble être intéressant, après avoir signalé tous ces cas, de donner l'opinion du professeur Dieulafoy (1). Il affirme que l'appendicite tuberculeuse est « exceptionnellement rare ». Il ne va pas, cependant, jusqu'à nier la fréquence des lésions tuberculeuses de cet organe, mais ce ne serait qu'exceptionnellement qu'elles donneraient lieu à l'ensemble symptomatique d'une appendicite aiguë. Cette opinion a été développée dans la thèse de son élève Apert (2) qui cite un cas typique de tuberculose de l'appendice reconnu tel à l'autopsie d'un phthisique, et n'ayant donné lieu à aucun symptôme.

Puis ce sont deux importants mémoires où est condensée l'histoire clinique de l'appendicite tuberculeuse.

Dans la revue internationale de la tuberculose, paraît un long et très complet travail de Josselin de Jong (3), (1902). Ensuite citons une excellente revue générale de Bouglé (4) (1903), où la question est mise au point, en quelques pages, avec une remarquable netteté, et enfin, paraît la thèse de Lesueur (5) (1903), où il s'occupe, en plus de l'appendicite tuberculeuse proprement dite, de l'appendicite chez les tuberculeux. Nous y avons fait de larges

(1) Dieulafoy. — *Semaine Médicale*, 8 oct. 1902.

(2) Apert. — Tuberculose de l'intestin et de l'appendice. (*Presse Médicale*, 14 déc. 1902).

(3) Josselin de Jong. — *Revue intern. de la tuberculose*, déc. 1902, n° 12, p. 906.

(4) Bouglé. — *Bull. Soc. An.*, 30 janvier 1903.

(5) Lesueur. — Th. de Paris, 1903. Contrib. à l'étude anat.-path. de l'app. chez les tuberculeux.

emprunts sur la partie anatomo-pathologique et statistique.

Parmi les travaux de ces dernières années, ont paru successivement, à Philadelphie, le livre de Kelley et Hurdon (1), (1903), où un très long chapitre est réservé à l'appendicite tuberculeuse en Italie, un intéressant et documenté article de Natale Palermo (2) (1904) dans la « *Riforma Médica* ». En France, Petit (3) (1905), dans sa thèse très claire, contribue largement à cette étude. La même année, sont présentés au Congrès international de la tuberculose, trois rapports, par Roux de Lausanne, Depage et Pinchard, de Bruxelles, et Demoulin de Paris sur la tuberculose de la région iléo-cœcale. Ils y posent tous la question de savoir s'il existe véritablement une appendicite tuberculeuse. Demoulin la considère comme « d'une extrême rareté », mais ne nie cependant pas sa possibilité. Roux (de Lausanne) croit à l'infection péritonéale par des tubercules partis de l'intestin et attribue à l'appendicectomie une heureuse influence sur les lésions bacillaires voisines. Pour Depage et Pinchard, la tuberculose est très rarement le facteur étiologique des appendicites. Les seuls agents de toxi-infection qui seule mérite le nom d'appendicite, seraient les microbes ordinaires de la flore intestinale ; quant à la tuberculose, elle ouvrirait la porte à l'infection par une ulcération. Au courant de la discussion le professeur Cornil a défendu l'existence de l'appendicite tuberculeuse. Bérard (de Lyon) a, à son tour, pris la défense de l'appendicite bacillaire dont il

(1) Kelly et Hurdon. — The vermiform appendix and its diseases. Philadelphie, 1903.

(2) Natale Palermo. — *Riforma Medica*, 1904, n^{os} 42-43.

(3) Petit. — Contrib. à l'étude de l'app. tuberc. Th. Paris, 1905.

connaît deux cas très intéressants avec ulcération du processus vermiciforme. Il rappelle dans un distingué travail sur la tuberculose du segment iléo-cœcal l'infection possible de l'appendice par sa surface péritonéale.

Enfin, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 avril 1906, Hérisson (1) fait paraître une bonne revue générale de l'appendicite tuberculeuse. Citons encore à Montpellier, la thèse d'Estève (2) (1906) ; à Paris, la thèse de Sainte-Marie Dodeuil (3) (1906) ; à Bordeaux, la thèse de Lacouture (4) (1906) ; à Toulouse, la thèse de Vignard (5) (1906), qui étudie spécialement l'appendicite tuberculeuse de l'enfant. Notons aussi des observations particulières, parmi lesquelles celles de Bezy et Boyreau (6), dans *Toulouse médical*, concernant un jeune enfant mort après les phénomènes de gastro-entérite et de fièvre. La plus grande partie de l'appendice était détruite et remplacée par une poche purulente comme appendue à la portion conservée ; de plus, des lésions typiques du côté des poumons permirent d'affirmer le diagnostic de tuberculose. A Rome, Gaudiani (7) publie des cas excessivement intéressants, et

(1) Hérisson. — Appendicite tuberculeuse. (*Revue générale*, 1906, 14 avril).

(2) Estève. — Appendicite tuberculeuse. Thèse Montpellier, 1906, n° 78.

(3) Sainte-Marie Dodeuil. — *Tuberculose et appendicite*, n° 286. Th. Paris, 1906.

(4) Lacouture. — Appendicite tuberculeuse. Th. Bordeaux, 1906.

(5) Vignard. — Appendicite tuberculeuse chez l'enfant. Th. Toulouse, 1906.

(6) Bezy et Boyreau. — *Toulouse Médical*, 15 février 1906, p. 41-43.

(7) Gaudiani. — *Policliniques*. Rome, 1906. Section chirurgie, p. 381-388.

enfin, Weinberg (1) (1906), dans le *Bulletin de la Société anatomique* donne l'observation d'une appendicite tuberculeuse dysentériforme, qu'on trouvera au chapitre des observations, et, à propos de cette communication, il signale parmi trois cas de tuberculose de l'appendice enlevé par des chirurgiens et qu'il a étudiés, un cas présentant un certain intérêt à cause de l'aspect macroscopique de la lésion. Il s'agit d'un appendice réséqué par le docteur Petit, présentant une tumeur ayant le volume et l'aspect d'une petite framboise, de couleur blanc-rosâtre et saillant sur sa surface péritonéale. L'examen histologique montra cette tumeur formée par l'agglomération de follicules tuberculeux. N'ayant pas trouvé de lésions tuberculeuses du côté de la muqueuse de l'appendice, il doit s'agir probablement d'une tuberculose de l'appendice coïncidant avec les lésions de même nature siégeant dans une autre région de l'organisme.

(1) Weinberg. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1906, LXXXI, p. 16-18.

ETIOLOGIE-PATHOGENIE

L'appendicite tuberculeuse peut évoluer sous deux formes. Elle peut être « primitive » ou « secondaire ». Existe-t-il vraiment une appendicite tuberculeuse primitive, c'est-à-dire, l'appendice peut-il être la première localisation de la tuberculose dans l'organisme ? Letulle (1) prétend n'avoir jamais observé d'appendicite tuberculeuse sans aucune autre lésion bacillaire. La réponse semble cependant devoir être affirmative. On ne peut, en effet, mettre en doute le cas rapporté par Cathelin (2), où on eut affaire à une appendicite tuberculeuse, sans aucune trace de tuberculose dans le poumon ou l'intestin grêle. Par conséquent, nous concluerons que l'appendicite tuberculeuse primitive doit être considérée comme possible, mais qu'elle se rencontre assez rarement, et que, le plus souvent, nous sommes en présence d'une appendicite tuberculeuse secondaire à une lésion tuberculeuse, jusqu'alors restée latente. Quand elle est secondaire, l'appendicite tuberculeuse survient, soit d'une lésion voisine, soit d'une lésion éloignée. Parmi les lésions voisines dont elle peut résulter, citons : la péritonite tuberculeuse, et même l'annexite tu-

(1) Letulle. — *Bull. Soc. Anat.*, juillet 1903, p. 638.

(2) Cathelin. — *Presse médicale*, 26 juillet 1898.

berculeuse. Parmi les lésions éloignées, c'est à la bacillose pulmonaire qu'il faut faire la plus grande part.

Les considérations étiologiques générales ne nous arrêteront pas longtemps. Il n'y a rien de bien intéressant à signaler. Notons que cette affection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, qu'elle se développe entre vingt et quarante ans, c'est-à-dire un peu plus tard que l'appendicite banale, qui évolue surtout chez des enfants et des adolescents. Cette dernière règle n'a cependant rien d'absolu, et il est possible de la voir apparaître à tous les âges. Le plus jeune sujet observé a deux ans, le plus vieux soixante.

En dehors de ces deux conditions étiologiques, il nous faut étudier les causes prédisposantes de l'appendicite tuberculeuse, que nous groupons sous trois ordres.

1° Conditions prédisposantes appendiculaires.

2° Conditions prédisposantes du voisinage.

3° Conditions prédisposantes générales.

Un grand nombre de lésions appendiculaires permettent au bacille de Koch de se fixer facilement sur l'appendice. L'apparition d'un processus tuberculeux à son niveau est favorisé, par exemple, par des corps étrangers appendiculaires, des débris alimentaires, des concrétions fécales des calculs, des traumatismes, et même des difformités congénitales ou acquises, en somme par tous les facteurs capables de diminuer la résistance de l'appendice. D'aucuns ont prétendu que les appendicites antérieures joueraient un grand rôle. C'est l'opinion de Jalaguier (1).

(1) Jalaguier. — *Loco citato*.

Mais pour d'autres : Delagenière, Richelot, Cornil, la tuberculose préparerait le lit aux infections banales, beaucoup plus souvent qu'elle ne les suivrait. Le fait important à retenir, c'est qu'on trouve rarement sur un même appendice ensemble des lésions tuberculeuses et des lésions d'appendicite ordinaire. Aussi Letulle (1) a-t-il pensé que peut-être existe-t-il un certain antagonisme entre le développement du bacille de Koch et celui des microbes vulgaires dans l'appendicite. « La tuberculose de l'appendice, dit-il, très ordinairement ulcéralive, ne paraît pas favoriser le développement d'infections aiguës secondaires, susceptibles d'y produire des poussées d'appendicite aiguës non tuberculeuses. Peut-être même aurait-on, jusqu'à un certain point, le droit d'avancer que la bacillulose et les infections microbiennes aiguës sont plutôt antagonistes à l'intérieur de l'appendice. »

Toutes les maladies intestinales constituent une partie des lésions du voisinage capables de favoriser l'apparition d'une évolution tuberculeuse au niveau de l'appendice. C'est ainsi que les entérites, les ulcérations typhiques, les colites, diminuent aussi la résistance de l'appendice par l'état congestif qu'elles déterminent. On peut aussi attribuer une certaine influence analogue à l'annexite et aux autres inflammations pelviennes. Nous n'entrerons pas non plus dans l'énumération des lésions tuberculeuses de l'intestin, du péritoine et des annexes, dont le rôle est si grand dans la propagation de la tuberculose à l'appendice.

Quelques mots seulement des conditions générales prédisposantes. On ne peut nier l'influence débililante sur

(1) Letulle. — *Revue de la tuberculose*, 1903, II^{me} série, t. II.

l'organisme des maladies générales. La rougeole, la coqueluche, la scarlatine, etc., préparent ainsi le terrain au bacille de Koch.

Toutes ces causes agissent de concert, et non isolément. Elles font le lit, mais, à elles seules, elles ne peuvent donner naissance à la tuberculose appendiculaire, qui ne se déclarera que si le bacille de Koch parvient à arriver au **niveau de l'appendice**.

Avant de nous occuper de la voie que doit suivre le bacille de Koch pour atteindre l'appendice, il est utile de résumer en quelques lignes les diverses théories émises sur la pathogénie de cette affection. Pour quelle raison l'infection tuberculeuse se localise-t-elle de préférence sur cet organe ? L'oblitération par coudure, la théorie du « vase clos » (Talamon-Dieulafoy) ne nous arrêteront pas. Deux théories seules sont à retenir : l'une basée sur la constitution anatomique de l'appendice, l'autre sur sa situation. La première (Sahli en tête), considérant sa grande richesse en follicules clos, rapproche par sa structure lymphoïde l'appendice de l'amygdale et des ganglions lymphatiques. Elle se base sur ce fait que le bacille tuberculeux se localise aisément dans le tissu lymphoïde, la tuberculose ganglionnaire étant, en effet, chose courante, et, de plus, Letulle et Escoimel ayant démontré la grande fréquence des lésions bacillaires de l'amygdale. Par conséquent, l'appendice, « l'amygdale de l'intestin », comme on l'a appelé, participe à cette loi étiologique générale et ses follicules clos seront autant de points d'élection du bacille de Koch. La seconde théorie, dont Reclus et Palerno sont les meilleurs partisans, est très bien décrite dans la thèse de Petit. Elle accuse la stagnation du bacille au niveau de l'appendice, qu'il faut regarder, selon Reclus, comme « le diverticule d'un diverticule, le cœcum d'un

cœcum ». Il s'y produit une pullulation permanente de microbes de toutes espèces. Nous avons affaire à un état de « microbisme constant ». Mais, au contraire des autres microbes, dont la virulence se traduit par une réaction rapide, le bacille de Koch végète en silence dans le cul-de-sac appendiculaire, et son action nocive sur la paroi se fait lentement et insidieusement.

Il nous faut voir maintenant par quel chemin le bacille de Koch arrive à l'appendice ? Les voies d'infection sont au nombre de quatre :

- La voie intestinale ;
- La voie péritonéale ;
- La voie lymphatique ;
- La voie sanguine.

De tous ces moyens d'accès, le plus fréquent est l'intestin. Presque tous les auteurs ont affirmé que la tuberculisation se faisait surtout par les aliments. C'est l'opinion de Butel, pour qui « la porte d'entrée du bacille de Koch est plus souvent au niveau des voies digestives qu'au niveau des voies respiratoires » ; de Conheim, de Dobroklowsky. Parmi les aliments, il faut surtout incriminer le lait, la viande de bœuf, qui peuvent contenir des bacilles, car, malgré l'assertion de Koch considérant la tuberculose des bovidés comme non identique à la tuberculose humaine, les cas de contagion humaine par du lait ou de la viande de bœuf sont absolument indiscutables. En 1902, de très nombreux expérimentateurs, allemands, français, anglais, Krause, Wolf, Behring, Sims, Bang, Thomassen, Ravenel, Baumgarten, Spronk, etc., ont publié des faits contraires à ceux de Koch, et ce dernier reste seul de son avis. On doit admettre de plus que la destruc-

tion du bacille, ou à défaut, la diminution de sa vitalité, n'est pas atteinte par la coction des aliments, d'après les travaux de Chauveau, Klebs, Toussaint et Buley, Strauss et Gamalei. De même les suc digestifs, et en particulier le suc gastrique, sont insuffisants à réduire les bacilles. Mais la tuberculisation peut encore se faire, et c'est là un cas plus fréquent par la déglutition de crachats chargés de bacilles chez un malade atteint de lésions pulmonaires. Ou bien, enfin, l'agent infectieux est fourni par des lésions tuberculeuses préexistantes de l'intestin grêle et du gros intestin, et les liquides intestinaux entraînent le bacille dans l'appendice où il se développe à son aise.

L'infection par la voie péritonéale est relativement plus rare, du moins en tant que voie d'infection primitive, c'est-à-dire d'une péri-appendicite tuberculeuse précédant une appendicite vraie. Le plus souvent, c'est le contraire que l'on observe. Pour Letulle et Weinberg, la tuberculose appendiculaire débute toujours par la muqueuse, et s'étend de la muqueuse vers la séreuse.

La voie lymphatique est aussi une rareté. Ses partisans concevaient ingénieusement qu'une tuberculose des ganglions mésentériques pouvaient gagner l'appendice par les vaisseaux lymphatiques. Hypothèse séduisante, mais démonstration encore à faire. On a aussi invoqué le pont lymphatique décrit par Clado entre l'ovaire et l'appendice, grâce auquel une tuberculose appendiculaire succéderait à une tuberculose annexielle. Mais Poirier et Cunéo déclarent n'avoir jamais constaté l'existence de l'anastomose décrite par Clado, et rejettent formellement son existence.

La voie sanguine, il faut simplement la citer. D'après Hérissou, « elle n'a jusqu'à présent en sa faveur qu'une

observation de laboratoire. Charrin et Goujet (1) obtinrent une localisation élective sur l'appendice d'une pseudo-tuberculose à la suite d'injection intraveineuse de streptobacilles ». Mais il ne s'agit là ni de la tuberculose vraie, ni de son agent spécifique.

En résumé, nous concluons que l'infection se fait presque tout le temps par la voie intestinale, et que les autres voies ne sont suivies qu'exceptionnellement.

(1) Charrin et Goujet. — *Bulletin de la Soc. de biologie*, 3 avril 1897.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le bacille de Koch est maintenant dans la place. Il est arrivé dans l'appendice, et il s'est greffé sur la muqueuse. De là va partir le processus tuberculeux qui ne diffère pas de celui des autres organes. Ce sont ces lésions que nous allons étudier.

I. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE

a) *Lésions de l'appendice.* — La première question que l'on se pose est la suivante : quel est l'aspect d'un appendice tuberculeux ? Les lésions produites sont extrêmement variées. Nous avons affaire, d'après leur âge, aux lésions suivantes :

Granulations ;

Nodules tuberculeux ;

Infiltration diffuse (forme hypertrophique) ;

Ulcérations.

Dans la première forme, l'aspect extérieur de l'appendice est le plus souvent normal. A l'inspection et au toucher, rien ne démontre une bacillose ou une autre lésion. Si on incise, on trouve, faisant saillie légère sur la muqueuse, une ou deux petites « granulations grisâtres, semi-

transparentes » ; c'est un follicule spécifique. Parfois, on a affaire à un semis de granulations tuberculeuses, ce qui permet de faire immédiatement le diagnostic. D'autres fois, la muqueuse paraît absolument normale, et ce n'est qu'avec un minutieux examen microscopique qu'on décèle la tuberculose.

Dans un second groupe, nous trouvons un ou plusieurs petits tubercules sous-muqueux plus ou moins caséifiés. Quelquefois, mais cependant assez rarement, ils augmentent notablement de dimensions ; on est alors en présence de gros tubercules caséeux appendus à l'organe, surtout à son extrémité libre. Ils siègent parfois au niveau de la valvule de Gerlach, où ils forment un soulèvement arrondi qui oblitère complètement l'orifice de l'appendice. Les lésions peuvent être sous-séreuses, mais le plus souvent, ce sont des nodules tuberculeux formés aux dépens des follicules lymphatiques sous-muqueux.

Si les lésions continuent leur évolution, on arrive à la phase de ramollissement, à la fonte dans la cavité de l'appendice, et on aboutit ainsi à une ou plusieurs ulcérations pouvant coexister avec des granulations jeunes et non caséifiées. Elles siègent en un point quelconque, cependant leur siège électif semble être, d'après Letulle et Weinberg, le segment inférieur et l'orifice d'entrée. Leur nombre est variable. On passe par tous les types. D'une seule isolée, on peut finir par une confluence telle que l'appendice soit représenté par un vaste ulcère à bords sinueux. Leur forme est aussi très variable, arrondie ou irrégulière. Quant aux dimensions il en est de même. De la largeur d'une lentille, d'un pois, quand elles sont solitaires, ou bien l'organe en entier est pris. « Les bords de l'ulcération taillés à pic, soit boursoufflés, soit aplatis, sont toujours pâles et plutôt durs que ramollis. Le fond est uni,

grisâtre, pulpeux. Il demeure à plat, également réparti, ou, au contraire, s'enfonce profondément en quelque point ». (Hérisson.)

L'ulcération progresse, gagne la surface de la musculuse, il s'y développe une myosite interstielle bacillaire, cléreuse et caséeuse ; la séreuse se caséifie à son tour, et la perforation est le dernier aboutissant, le stade ultime de la lésion. Deux cas peuvent alors se produire. Le péritoine a réagi par la formation d'adhérences, il en résulte une péritonite enkystée, un abcès froid péri-appendiculaire, avec ou non fistule pyo-stercorale. Cet abcès progresse peu à peu, en fusant à travers les interstices musculo-aponévrotiques. Il peut ainsi avoir toutes les dimensions. Certains de ces abcès sont énormes, ayant gagné des régions très éloignées de leur point d'origine, fosse ischio-rectale, triangle de Scarpa, région lombaire. Ils s'ouvrent dans l'intestin ; dans le péritoine, ou à la peau, à défaut d'intervention chirurgicale. Dans le cas contraire, où la défense péritonéale avorte ou n'a pas le temps de se produire, le résultat est la mort par péritonite généralisée aiguë.

Mais il peut se faire qu'au lieu de trouver à l'incision dans l'appendice quelques tubercules, on ait une infiltration générale. Dans ce cas, l'appendice est augmenté de volume en totalité ou en partie, atteignant parfois le volume de l'intestin grêle. Il est dur, fibreux, couleur blanc grisâtre, aspect lardacé, formé de tissu friable qui ne permet pas de bonnes et solides sutures. Cet épaissement de toutes les tuniques les rend méconnaissables. Dans leur épaisseur, se trouvent parfois des masses caséeuses ou de véritables abcès tuberculeux. C'est la forme hypertrophique de l'appendice tuberculeux, où le diagnostic est

parfois difficile à faire avec le sarcome. C'est une forme beaucoup plus rare.

Il nous reste encore, pour en terminer avec les aspects macroscopiques de l'appendice tuberculeux, à dire quelques mots de la « forme atrophique », variété assez rare, et de « la dilatation kystique », variété tout à fait exceptionnelle.

La forme atrophique est le résultat d'une sclérose appendiculaire. Le processus ulcératif, agissant sur une cicatrisation, amène l'atrophie de l'appendice, qui se rétracte en un moignon fibreux, à forme irrégulière, accolé à une partie quelconque du cœcum.

Il arrive, c'est le cas le plus rare (Petit, en effet, dans sa thèse, ne cite qu'un cas dû à Ricard), que l'appendice tuberculeux se dilate, prend une forme kystique, du volume d'un pouce, avec des parois très amincies, rempli de liquide séreux louche. Dans le cas cité par Petit, l'appendice, trop tendu, se rompit pendant l'opération. L'amincissement de la paroi était dû à une inflammation chronique, combinée à la pression du liquide.

(b) *Lésions des autres organes.* — Pour être complet, il nous reste à parler rapidement des organes voisins que l'infection tuberculeuse peut avoir touchés secondairement à l'appendice.

Ce sont le cœcum, le péritoine, les ganglions.

Pendant une opération ou dans une autopsie, on trouve, assez souvent, des lésions simultanées du cœcum et de l'appendice. Pour la plupart des auteurs, le cœcum est atteint le premier. C'est l'opinion de Talamon, Monod, Vanwerts. Aussi cette question ne nous arrêtera pas beaucoup, puisque notre étude porte seulement sur l'appendicite tuberculeuse primitive, sans lésions antérieures du

cœcum. Il nous faut cependant ajouter que le fait contraire, c'est-à-dire début par la tuberculose de l'appendice et suite par celle du cœcum, est possible. Mais nous croyons, avec Demoulin, que Natale Palermo est allé beaucoup trop loin, quand, à l'inverse des autres auteurs, il a accordé la priorité dans la majorité des cas à l'appendice. Nous passerons donc, estimant seulement qu'il était utile de noter ce fait.

Le péritoine, au contraire, réagit très fréquemment. On note simplement formation de néo-membranes péri-appendiculaires, simple travail de protection, se traduisant par des plaques blanchâtres, opalines, plus accentuées que dans l'appendicite ordinaire, ou bien encore la tuberculose peut se propager et déterminer une péritonite tuberculeuse caséo-ulcéreuse ou ascitique.

L'adénopathie, assez rare dans l'appendicite simple, se rencontre plus souvent dans l'appendicite tuberculeuse. L'envahissement tuberculeux débute par les ganglions du méso-appendice, se continue par les ganglions méso-coliques ou mésentériques, et peut même atteindre les ganglions iliaques comme l'ont montré, dans une observation, Pilliet et Thierry. On trouve même des cas où les ganglions sont touchés sans que l'appendice paraisse tuberculeux, et il est alors nécessaire d'un minutieux examen histologique de la muqueuse appendiculaire.

II. — ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Ce qui frappe, c'est la simplicité des lésions microscopiques, qui fait ainsi contraste avec le polymorphisme apparent des lésions macroscopiques.

La marche est la même dans tous les cas. Le début de

la lésion se fait par la muqueuse et par ses annexes lymphoïdes. En général, même les lésions les plus étendues, et probablement les premières, siègent au niveau des follicules clos. Elles sont représentées par « des blocs caséeux ou des follicules tuberculeux riches en cellules géantes et en bacilles de Koch ». Dans un cas de tuberculose appendiculaire aiguë, dont les préparations ont été examinées par le professeur Cornil, tous les foyers tuberculeux étaient localisés dans les follicules. Quelques-uns étaient caséifiés. Il semble, en outre, que ce sont les parties périphériques du follicule qui sont le plus souvent frappées. Dobroklowski a montré que la pénétration du bacille de Koch et sa localisation aux follicules peut même se produire avec une muqueuse saine, à épithélium intact, le bacille se frayant un chemin à travers l'interstice des cellules épithéliales. L'ulcération est produite par la caséification et le ramollissement des follicules infectés. Les follicules cédant, la muqueuse s'effondre. Les couches profondes sont attaquées. Les abcès caséeux fusent dans la sous-muqueuse, et ainsi s'effectue le décollement de la muqueuse. Dans la sous-muqueuse, les artères s'épaississent, elles sont atteintes d'une endartérite végétante chronique, non compliquée de thrombose. D'après Letulle et Weinberg, les veines sont aussi envahies par les bacilles et les caillots qu'elles renferment en contiennent un grand nombre. Mais l'infection suit surtout la voie lymphatique, et tout le système lymphatique de l'appendice participe largement à l'inflammation qui est ainsi conduite à la couche musculieuse qui se prend à son tour. Il se forme « une véritable myosite interstitielle bacillaire, scléreuse et caséuse », qui paraîtrait former une barrière véritable. La couche sous-scléreuse est aussi envahie. Des traînées l'atteignent en se glissant dans les espaces interstitiels. Elle est épaissie et

infiltrée, une ulcération peut se produire, aboutissant à la perforation. « Cette marche centrifuge des colonies bacillaires révèle leur origine lymphatique. »

Tchistowitch (1) a montré que la recherche des bacilles de Koch était de plus en plus difficile à mesure que l'on pénétrait dans l'épaisseur de l'organe. Pour Cornil et Babès (2), Wesener (3), dans la sous-séreuse, les bacilles ont paru très rares. Ils ont surtout trouvé des bacilles dans les couches superficielles de la muqueuse, dans la sous-muqueuse, même dans les tubercules entre les fibres musculaires.

(1) Tchistowitch. — *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1899.

(2) Cornil et Babès. — Académie de médecine, 1^{er} mai 1883.

(3) Wesener. — *Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, 1884.

ETUDE CLINIQUE

Il est inutile de rechercher, dans les auteurs classiques, la symptomatologie de l'appendicite tuberculeuse. A cela, rien d'étonnant, car cette question a donné lieu à bien des discussions.

Existe-t-il cliniquement une appendicite tuberculeuse ? Non, disent les uns. Les travaux anciens de Leudet et Paulier tendaient déjà à prouver que les lésions tuberculeuses de l'appendice, le plus souvent, restaient silencieuses. Et à notre époque, Talamon puis Dieulafoy déclarent l'appendicite tuberculeuse « cliniquement une exceptionnelle rareté ». Les lésions de l'appendice restent lettre morte durant la vie, ce sont « des trouvailles d'autopsie ».

Nombre de chirurgiens, au contraire, sont d'un avis opposé. Les discussions de la Société de chirurgie, en 1892, ont créé un mouvement en sens inverse. Bouilly, Richelot, Delorme, Reclus, Terrier, et plus récemment Bouglé et Josselin de Jong, déclarent que le bacille de Koch cause souvent l'appendicite ; pour eux, beaucoup de cas considérés comme des appendicites aiguës banales seraient tuberculeux, ce que montre un examen histologique de tous les appendices enlevés. Aussi Terrier a insisté sur la nécessité de faire, après l'intervention chirurgicale, un examen histologique et bactériologique complet de l'appendice, et, au besoin, dans le cas de résultats douteux ou négatifs, de pro-

céder à l'inoculation au cobaye. Il est de toute évidence, qu'en agissant systématiquement de la sorte, aucune appendicite tuberculeuse n'échapperait à l'observation, et de plus, on verrait que, comme le dit Hérisson, « certaines appendicites empruntant cliniquement l'expression symptomatique des appendicites banales, sont en réalité des appendicites tuberculeuses. » Petit, dans sa thèse, cite un cas de Ménétrier et Aubertin, où la nature tuberculeuse d'une appendicite ne fut démontrée qu'à l'examen histologique. Elle avait évolué cliniquement comme une appendicite subaiguë banale.

Parmi les observations que nous avons recueillies, si nous voulions agir à la lettre, nous serions obligé d'en écarter la plupart, où l'examen histologique n'a pas été fait. Mais nous croyons, tout de même, que même dans ces cas, nous avons eu affaire à des appendicites tuberculeuses.

Nous dirons donc que l'appendicite tuberculeuse existe cliniquement. Mais nous pensons aussi, d'accord en cela avec Estève, dans sa thèse, que si « l'appendicite tuberculeuse existe souvent dans les cliniques, elle ne présente que très rarement des symptômes propres, permettant son diagnostic ». Pour Jalaguier, le diagnostic est impossible, même le ventre ouvert, et le microscope est seul capable d'éclairer sur la nature spécifique d'une appendicite.

Cependant, cette affection a droit à une description clinique. En effet, tout en restant dans le cadre des formes banales, elle réalisera plus spécialement certaines de ses formes, qui pourront, par ce fait, lui être dites spéciales. C'est pourquoi nous admettrons trois formes cliniques d'appendicite tuberculeuse. Comme dans toutes les lésions tuberculeuses, le bacille de Koch, dans la grande majorité des cas, agira aussi sur l'appendice, d'une façon lente,

insidieuse. Mais il pourra arriver qu'il provoque une réaction aiguë. Donc, nous distinguerons.

La forme latente ;

La forme aiguë ;

La forme chronique.

Faisons un examen rapide de chacune d'elles.

Forme latente. — Ce sont les cas dans lesquels l'appendicite tuberculeuse passe absolument inaperçue cliniquement. Son évolution se fait d'une façon lente et silencieuse au point que ni le malade, ni le médecin, ne soupçonnent son existence. On ne se rend compte de ces lésions qu'à l'examen nécrologique. Nous disons donc, que cette forme est une « trouvaille d'autopsie ». Les cas en sont très rares. Petit, dans sa thèse, où il rapporte 60 cas d'appendicite tuberculeuse, n'en donne que trois pouvant être rangées dans ce groupe.

Les deux autres formes se rencontrent beaucoup plus fréquemment. L'appendicite tuberculeuse peut avoir une évolution, soit aiguë ou subaiguë, soit chronique, et c'est la plus fréquente.

Forme aiguë. — Dans la forme aiguë, l'appendicite tuberculeuse revêt le masque de l'appendicite aiguë ordinaire. Le début en est le plus souvent brusque, même brutal. La douleur, localisée d'abord dans la fosse iliaque droite, au point de Mac-Burney, avec hypéresthésie cutanée, s'irradie à tout l'abdomen, avec prédominance autour de l'ombilic et même à l'épigastre. Le ventre se ballonne. Des vomissements se produisent, d'abord alimentaires ou bilieux, puis verdâtres, porracés. Le facies devient grippé, la langue est sèche, le pouls s'accélère, et

la température s'élève. Il y a, dit-on, des alternatives de constipation et de diarrhée. Nous croyons, au contraire, avec Hérisson, que la diarrhée est la règle dans l'appendicite tuberculeuse. Nous retrouvons, en effet, ce symptôme dans l'observation de Bouglé, dans celles de Lesueur, d'Hartmann et Pilliet, enfin, dans certaines de nos observations. Il nous semble donc qu'il faut accorder à ce symptôme une grande importance séméiologique. Il pourra souvent aider au diagnostic si délicat à poser de cette lésion. Mais il faudra se souvenir qu'il n'y a là rien d'absolu, et que l'appendicite aiguë ordinaire peut aussi présenter de la diarrhée, tandis qu'inversement, dans l'appendicite tuberculeuse, il peut y avoir constipation. Dans ces cas, la différence séméiologique n'est plus possible. Cette crise aiguë habituellement dure quelques jours, se calme, puis se reproduit quelque temps après, passe finalement à l'état chronique, ou bien aboutit, s'il n'y a pas d'intervention, à une des complications que nous étudierons ultérieurement.

Avant de nous occuper de la forme chronique, une question intéressante nous arrêtera un instant. Certains auteurs, parmi lesquels Lesueur, admettent que ces phénomènes aigus étaient le résultat d'une association offensive du colibacille, du streptocoque, ou du staphylocoque au bacille de Koch. Ils rappellent « ces poussées inflammatoires aiguës, ces infections lymphangitiques et péritonéales non bacillaires qu'éveille parfois autour d'elle la tuberculose de l'appendice ». C'est une interprétation qui nous paraît assez discutable. Cette pathogénie est évidemment applicable à quelques cas, mais à quelques cas seulement. Ces poussées lymphangitiques et inflammatoires sont loin de toujours se trouver. Aussi, pour nous, nous continuerons à considérer les symptômes de la for-

me aiguë comme uniquement dus, la plupart du temps, à la seule action du bacille de Koch. L'appendicite tuberculeuse aiguë est donc une infection pure.

Forme chronique. — L'appendicite tuberculeuse est loin de présenter toujours la symptomatologie de l'appendicite banale. Sa forme la plus fréquente est « une forme atténuée », « chronique d'emblée ». L'appendicite bacillaire prend volontiers ce mode d'appendicite à rechutes. Les récidives sont très fréquentes, et nous en ferons même la caractéristique de cette appendicite. L'explication en est simple : le foyer d'infection est toujours vivace, c'est un feu mal éteint, qui se rallume par moments, puisque l'organisme ne parvient jamais à reprendre son intégrité complète. Lacouture dans sa thèse insiste sur ce point, citant Lasègue, qui avait déjà vu cette facilité qu'a la tuberculose d'occasionner des crises successives quand il dit : « La pérityphlite a répétitions éveille l'idée de tuberculose. »

Dans cette forme, les symptômes sont beaucoup moins inquiétants. Les douleurs sont vagues, les vomissements rares, mais la diarrhée est là aussi fréquente, la température s'élève moins, et, en un mot, la crise inflammatoire se fait d'une façon moins bruyante que dans la forme aiguë. Les attaques peuvent être très nombreuses. Dans l'intervalle des crises, lorsqu'on palpe l'abdomen, dans certains cas, la région appendiculaire semble ne rien présenter d'anormal, même pas la moindre trace d'empatement. D'autres fois, la main perçoit une induration profonde, mal limitée, douloureuse à la pression, ce qui prouve que secondairement le péritoine voisin participe au processus inflammatoire. Il y a appendicite et péritonite plastique de voisinage.

Après avoir décrit les différentes formes cliniques de l'appendicite tuberculeuse, il nous faut voir maintenant de quelle façon elle évolue.

Evolution de l'appendicite tuberculeuse. — Elle peut se terminer soit : par résolution :

par une péritonite consécutive à une perforation ;

par un abcès enkysté.

L'appendicite tuberculeuse est susceptible, en effet, de guérison, mais c'est l'exception. Dans ces très rares cas, on voit une diminution progressive des symptômes, et le malade ne souffre jamais plus de son appendice. Le plus souvent, on n'a affaire qu'à de « fausses résolutions », et ce qui le prouve, c'est la récurrence qui se produit au bout d'un certain temps. Notons d'ailleurs que « cette tendance à la récurrence » est un des caractères les plus marquants de l'appendicite tuberculeuse, qui est essentiellement « une appendicite à répétition ».

Quand l'appendicite n'évolue pas vers la résolution, de l'ulcération naît une perforation, et l'on aura consécutivement, suivant la réaction de défense du péritoine, soit une péritonite généralisée, soit un abcès enkysté. Cette perforation peut survenir brusquement. Une douleur « en coup de pistolet l'annonce ». Puis des vomissements, du hoquet, du météorisme abdominal, un pouls petit, filant et accéléré, un faciès altéré surviennent, et la mort arrive en quelques heures ou quelques jours.

Dans d'autres cas, surtout dans les formes chroniques, par suite de l'organisation des fausses membranes produites pendant la période aiguë, la perforation aboutit à la formation d'une poche entièrement close. On a un abcès péri-appendiculaire. C'est là une des complications

les plus fréquentes. Dans notre chapitre sur l'anatomie pathologique, nous avons insisté sur la formation et la marche de ces abcès. Cliniquement, l'inspection note déjà une tuméfaction circonscrite, parfois diffuse. On a de la matité à la percussion sur toute l'étendue de l'abcès ; la palpation nous fait percevoir une collection liquide saillante, plus ou moins fluctuante. Si cet abcès est abandonné à lui-même, il vient s'ouvrir à l'extérieur, donnant naissance à une fistule pyo-stercorale, après avoir fusé ou dans la région lombaire ou dans le triangle de Scarpa, le creux ischio-rectal, le péritoine et surtout la peau de la paroi abdominale, ou bien encore il peut s'ouvrir dans le cœcum ou l'intestin grêle. A cette période, dans la fosse iliaque droite, ou dans tout autre point, on voit un ou plusieurs orifices, à lèvres décollées, violacées, atones, sans tendance à la cicatrisation. Il s'en écoule, soit du pus seulement, ou bien un mélange de pus et de matières fécales, en telle quantité que la fistule devient un véritable anus cœcal spontané, le flux perpétuel empêche la cicatrisation de s'opérer d'elle-même. Des infections secondaires, se produisent par l'accès de l'air, véhicule microbien, à travers la poche. L'état général, jusqu'alors assez bon, s'aggrave considérablement. Le malade se cachectise, une abondante suppuration et une continuelle diarrhée l'épuise. La fièvre s'allume, les sueurs profuses apparaissent. La terminaison finale se fait par dégénérescence amyloïde, ou par une tuberculose pulmonaire ou viscérale.

COMPLICATIONS

En dehors des abcès dont la fréquence est telle que nous avons cru devoir les faire entrer dans l'évolution naturelle de la maladie, il existe des complications qui peuvent modifier ou interrompre le cours de l'infection. Les lésions de l'appendicite tuberculeuse peuvent s'étendre aux organes voisins, ou bien se propager à distance et produire des troubles dans l'organisme. Nous diviserons donc notre étude en :

Complications locales ;

Complications générales.

Complications locales. — La tuberculose appendiculaire peut se propager au cœcum, aux ganglions, au péritoine, à l'épiploon et aux organes voisins.

L'extension de la tuberculose appendiculaire au cœcum pour certains, n'est pas rare. En effet, malgré que la plupart des auteurs considèrent au contraire la lésion cœcale comme primitive, et la lésion appendiculaire comme secondaire, Natale Palermo, comme nous l'avons déjà dit en nous occupant de l'anatomie pathologique, prétend que la lésion commence par l'appendice et que de là elle diffuse sur le cœcum. Il s'appuie sur 7 observations de tuberculose iléo-cœcale en évolution, dans lesquelles l'appendice

avait déjà disparu. Nous ne nions pas le fait, mais nous maintenons nos précédentes restrictions.

Citons encore la péritonite bacillaire classique, chronique, ascitique, ou ulcéro-caséreuse. Le péritoine est envahi par la voie lymphatique. Les bacilles par les vaisseaux blancs, gagnent la séreuse, où ils se fixent. Aujourd'hui, la question est résolue. On est d'accord pour faire de l'intestin, sinon le seul, au moins le plus important des foyers primitifs de la péritonite tuberculeuse. Spillmann, Kœnig, sur 107 cas de péritonite tuberculeuse, trouvent des lésions intestinales dans 80 cas, et naturellement, ils concluent que la tuberculose péritonéale est, la plupart du temps, consécutive à une lésion intestinale. Cette complication, sans être très fréquente, méritait donc d'être notée.

La propagation aux ganglions du méso-appendice et aux ganglions péri-cœcaux ne se reconnaît que très difficilement au lit du malade. C'est plutôt une constatation d'autopsie, car, même përgus à travers la paroi, leur induration est impossible à distinguer de celle de l'appendice malade. On a surtout signalé l'envahissement des ganglions iliaques et inguinaux. Pilliet et Thierry les ont trouvés accessibles cliniquement. Bouglé, Carl Beck, Mongie en ont rapporté des exemples. Coquet, dans sa thèse, admet la dissémination des lésions tuberculeuses par les ganglions de l'angle iléo-cœcal et les ganglions iliaques.

La propagation de la bacillose de l'appendice à la trompe et à l'ovaire droit est signalée par Krauss dans une observation, où elle se faisait par le ligament unissant l'ovaire à l'appendice.

Complications générales. — A côté de ces complications nous plaçons celles d'ordre général, qui frappent à distance, se localisant en particulier sur l'appareil respira-

toire. Au cours d'une appendicite bacillaire, apparaissent fréquemment des lésions pulmonaires, telles que poussées de granulie, pleurésie, congestion pulmonaire, qui, si elles existaient auparavant, avaient jusqu'alors passé inaperçues. Aussi leur réveil est parfois terrible, et c'est souvent une opération qui amène leur explosion. Citons un malade opéré par Demons, qui fut pris brusquement d'une hémoptysie le lendemain de l'opération. Dans un cas rapporté par Bouglé, il se développa après l'intervention chirurgicale, une tuberculose aiguë. De même, Ricard perdit un de ses malades de granulie trois mois après une appendicectomie.

Le poumon n'est pas le seul organe qui puisse être atteint. On a encore observé de la méningite bacillaire, de l'orchite bacillaire (Crowder), de l'adénite cervicale (Ricard).

Toutes ces complications devront donc être pour le chirurgien un important sujet de préoccupations, et rendent le pronostic bien sombre pour l'avenir.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite tuberculeuse est extrêmement difficile, mais, sauf dans quelques cas, il n'est cependant pas impossible à poser. Petit, dans sa thèse, ne cite que trois cas où le clinicien ait songé à l'origine bacillaire de l'appendicite qu'il examinait. Ajoutons, en outre, comme circonstances atténuantes, que nous sommes encore en présence d'une affection peu connue, et que, par conséquent, bien rarement en y pense.

Le plus souvent, les cas ne sont découverts qu'à l'autopsie ou à l'examen post-opératoire des pièces enlevées. On a bien au préalable porté le diagnostic d'appendicite, mais sa nature tuberculeuse était totalement ignorée. Par conséquent, pour essayer de faire dans la mesure du possible un diagnostic d'appendicite tuberculeuse, il faut d'abord établir qu'il existe réellement de l'appendicite, et ensuite, qu'elle est bacillaire.

Qu'on soit en présence d'une appendicite, il est en général assez facile de le prouver. Tantôt, il s'agit d'une appendicite primitive ou secondaire à une lésion éloignée. Dans ce cas, la nature et le siège de la douleur, les vomissements, la fièvre, ne laissent aucun doute sur ce point, et le diagnostic à faire avec les coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, salpingiennes, les péritonites par per-

foration, les hernies étranglées, est vite résolu. D'autres fois, au contraire, c'est au cours d'une affection tuberculeuse de voisinage, péritonite, salpingite, tuberculose iléo-œcale, coxalgie, qu'on peut se demander si l'appendice à son tour n'a rien. Aussi, la recherche des indices d'une lésion appendiculaire devra-t-elle être faite avec précaution et minutie.

Autre chose est de savoir si oui ou non l'appendicite qu'on observe est de nature tuberculeuse ? La question est excessivement délicate à résoudre sans le microscope et l'inoculation. Cependant, il existe un certain nombre de symptômes et de conditions étiologiques dont la recherche soigneuse et l'interprétation délicate peuvent conduire au diagnostic exact.

Nous avons déjà au cours de notre étude fait, avec les autres auteurs, de la « diarrhée » un signe différentiel, signe classique, quand il existe. Car, malheureusement, il n'est pas constant. Nous lui accordons alors une grosse valeur ; quoique Estève dans sa thèse se récrie longuement à son sujet « que d'appendicites banales avec diarrhée, que d'appendicites tuberculeuses avec constipation ! dit-il », nous persistons à croire que toujours sa présence doit éveiller l'idée de la tuberculose.

On a dit (Petit) que la douleur dans l'appendicite bacillaire a un siège un peu spécial. Elle se rencontrerait beaucoup plus fréquemment dans la région péri-ombilicale que dans la fosse iliaque droite. Nous ne croyons pas qu'il faille tenir grand cas de cette remarque. Dans presque toutes nos observations, elle ne se trouve nullement confirmée. Parfois, on observe dans la fosse iliaque droite, un endolorissement persistant même après 6 ou 7 semaines, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'intervention. Cette tension douloureuse est surtout prononcée le soir après les fatigues

de la journée, et oblige le malade à se coucher. Elle décèle des lésions chroniques de l'appendice, et il nous apparaît qu'il faille accorder à sa constatation une réelle valeur. Elle se produirait d'une façon plus constante, ce nous semble, et on la décélèrerait, en outre, plus facilement que dans les inflammations non spécifiques de l'appendice.

La présence de ganglions inguinaux est un signe de peu de valeur clinique. Beaucoup plus importante serait l'observation de l'induration des ganglions cœco-appendiculaires. Mais, cliniquement, elle est d'une exploration impossible.

On pourra aussi être amené au diagnostic par « l'évolution chronique » de la maladie. Il faudra prendre en considération ses « rechutes fréquentes et rapprochées » dans l'intervalle desquels le malade ne se rétablit pas complètement. Ces « rémissions incomplètes » appartiennent beaucoup plus à l'appendicite tuberculeuse qu'à l'appendicite banale. Le malade reste pâle, il maigrit, avec un peu de fièvre vespérale. Letulle, ainsi que tous les auteurs qui se sont occupés de la question, arrive à cette conclusion formelle, peut-être très exagérée : « Toute appendicite chronique doit être a priori soupçonnée de nature tuberculeuse. »

En résumé, ni le siège de la douleur, ni les signes cliniques, ni l'évolution ne nous permettent de poser un diagnostic ferme. Il faudra se contenter le plus souvent d'un diagnostic de probabilité.

On pourra compléter ce diagnostic par l'examen des antécédents personnels du sujet, de l'état actuel de ses autres organes. La trouvaille d'une lésion tuberculeuse pulmonaire, osseuse, en évolution ou guérie, sera d'une précieuse indication. Il faudra cependant éviter le parti-pris absolu, car on sait parfaitement qu'une appendicite ordi-

naire peut se déclarer même chez un tuberculeux. L'apport héréditaire des ascendants et des collatéraux devra aussi faire l'objet de recherches. Le père, le frère, la sœur du sujet sont très souvent morts d'une affection tuberculeuse.

Cette étude des antécédents divers du malade a permis à Bouglé de songer au diagnostic d'appendicite tuberculeuse avant l'intervention. « Si l'appendicite évolue chez un sujet lymphatique, au teint pâle, chargé d'antécédents bacillaires, et ayant lui-même d'autres manifestations tuberculeuses ou de ces troubles et lésions paratuberculeuses qui font craindre la tuberculose confirmée dans un délai variable ; si, surtout, on a affaire à la forme subaiguë, à crises atténuées, ou à la forme chronique à peu près apyrétique et douloureuse de l'appendicite, on devra faire toutes réserves sur la possibilité de l'infection tuberculeuse. »

Puisque cliniquement, il ne semble pas que l'on puisse affirmer ce diagnostic, il est du devoir du chirurgien de faire appel aux données fournies par la pathologie expérimentale et la bactériologie.

L'examen des excréta est, dans les cas douteux, très utile. Malheureusement, la recherche du bacille de Koch dans les matières fécales est difficile et infidèle.

Nous éliminerons d'emblée l'épreuve de la tuberculine. Au moment où Koch avec ses tuberculines avait suscité un enthousiasme général, un emballement même qui heureusement fut de courte durée, Billroth, dans un cas de tuberculose du cœcum, injecta au malade de la tuberculine et trouva la confirmation de son diagnostic dans les symptômes de réaction, avec 39°, 40° de fièvre. Nous ne conseillerons jamais d'user de ce procédé, car son emploi présente beaucoup trop de dangers. Le péril est grand. Son essai est lourd de conséquences pour la vie du malade. Au contraire, le séro-diagnostic suivant la technique indi-

quée par Arloing et Courmont donnera d'excellents renseignements. On devra y avoir recours quand le diagnostic est incertain, pour l'éclairer. Quand l'épreuve sera positive, elle fournira une indication diagnostique chez les sujets où à l'examen complet il a été impossible de soupçonner aucun autre foyer de tuberculose. Mais ce moyen d'investigation auquel les malades les plus pusillanimes peuvent se prêter, n'est pas à la portée de tous les médecins. On pratique seulement ce procédé dans les grands centres, les laboratoires fournissant des cultures pures de bacille de Koch. La séro-réaction est possible avec du sang desséché, mais les résultats ne sont pas aussi satisfaisants qu'avec du sang frais.

Le diagnostic avec une appendicite banale chez un tuberculeux est très difficile, mais puisque l'indication opératoire reste la même, cela n'est que d'une importance relative.

Quelquefois, le diagnostic, encore hésitant par la marche même de la maladie, sera complété par la sensation d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Si la tumeur est petite, si le gâteau d'induration est mal limité, encore faudra-t-il discuter le diagnostic avec celui d'une appendicite simple. Si la tumeur est volumineuse, l'appendicite tuberculeuse pourra coïncider avec une tuberculose iléo-cœcale. Le diagnostic pourra aussi se discuter avec une salpingo-ovarite tuberculeuse. On le facilitera par le toucher vaginal et anal, par l'observation de douleurs qui s'irradient vers le pelvis et d'une sensibilité utérine au toucher, absolument caractéristique pour Letulle.

Lorsqu'il existe un abcès dans la fosse iliaque droite, on le diagnostiquera facilement. Mais il sera délicat d'en faire une complication d'une appendicite tuberculeuse. Car l'évolution lente, la marche régulièrement extensive,

sans grande réaction, sont autant de points aussi en faveur pour un abcès par congestion, pour un abcès froid, ossifluent lombaire. Par conséquent, il sera nécessaire d'interroger attentivement le malade, de se renseigner sur son passé intestinal et de procéder à un examen dans les règles de la ceinture pelvienne et de la colonne vertébrale.

A la période de fistulisation, tous les doutes sont levés. L'aspect de la fistule pyo stercorale est, en effet, caractéristique. Nous l'avons décrite plus haut. A la rigueur, l'examen microscopique d'un fragment excisé, ou d'une goutte de pus, en montrant la richesse en bacilles de Koch, éclairerait sur sa nature tuberculeuse. Quant au point de départ intestinal, les matières fécales qui souillent d'une façon continue le pansement, le démontrent amplement.

D'après Hinglais, l'actinomyose de l'appendice donnerait aussi une induration profonde de la fosse iliaque, et à la période de suppuration, par la formation de trajets fistuleux s'ouvrant à la paroi abdominale, elle ressemblerait à de l'appendicite tuberculeuse fistuleuse. La recherche des grains jaunes dans le pus, et l'examen microscopique trancheront la difficulté.

Toutes ces considérations nous amènent à conclure, comme au début de ce chapitre, que le diagnostic d'appendicite tuberculeuse est très difficile et que l'affirmation à son sujet ne doit pas être de mise. Donc, le devoir du médecin est de penser à la bacillose appendiculaire, dans tous les cas suspects.

PRONOSTIC

La guérison dans l'appendicite tuberculeuse, si on laisse la lésion abandonnée à elle-même, ne se produit que dans des cas excessivement rares. Son évolution naturelle est, au contraire, une extension continue des lésions. Par conséquent, l'appendicite tuberculeuse représente une affection grave, doublement grave même, puisqu'on a, à la fois, appendicite et tuberculose.

Il peut y survenir, mais moins souvent que dans l'appendicite ordinaire, des accidents péritonéaux sérieux, tels qu'abcès enkystés ou même mortels, comme une péritonite généralisée d'emblée consécutive à une perforation.

Ce qui assombrit surtout le pronostic, c'est la nature tuberculeuse de l'affection. De par cette essence, elle est, « avant tout insidieuse, tenace et extensive ». Elle s'installe, en effet, le plus souvent insidieusement. Son évolution se fait lentement, traînant des années. Les sujets qui en sont atteints ressentent continuellement des douleurs dans le ventre, sauf quelques rémissions de courte durée. Car elle récidive, comme dit Hérisson, « avec une ténacité qui lasse la patience et déçoit les espérances des malades les plus hésitants devant l'opération ». Sa caractéristique est sa tendance envahissante, qui nous rend bien pessimistes à son égard, de l'appendice l'affection ga-

gnant le cœcum, l'iléon, le péritoine, les ganglions péricœaux, iliaques et inguinaux. Ce qui rend le pronostic encore plus sévère, c'est que l'infection tuberculeuse à distance est aussi possible. Les malades insensiblement perdent l'appétit, puis ne s'alimentent plus suffisamment. Amaigrissement et adynamie en sont les conséquences directes, L'organisme devient un *locus minoris resistētiæ* et la tuberculose pulmonaire va avoir beau jeu. Cette phthisie paraît même être une des causes qui rendent les chirurgiens si réservés dans leurs interventions.

L'appendicite tuberculeuse est donc plus grave que les autres appendicites, et le pronostic, par suite de l'accroissement progressif et continu, est donc d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne.

La durée de la maladie varie suivant le traitement que l'on applique et la période où on l'institue. Une appendicite bacillaire, opérée à ses premières crises, guérit très rapidement. Si on la laisse évoluer, livrée à elle-même, comme nous l'avons vu, elle peut traîner des années, ou bien avoir une fin brutale. Pour Petit, le chiffre de la mortalité est assez élevé. Les chances de guérison vont en décroissant, à mesure qu'on s'écarte du début de la maladie. La granulation est la forme la plus bénigne, surtout quand il n'en existe que quelques-unes isolées. L'intervention chirurgicale donne alors une guérison de 100 pour 100. Dans les formes hypertrophiques ou à prédominance ganglionnaire, la guérison par l'opération est encore la règle. On peut compter en moyenne du 80 pour 100 de guérisons. Pour la forme ulcéreuse, Petit donne, au contraire, 5 morts sur 9 cas. A la période de fistulisation, le succès opératoire est souvent laissé au hasard. Les statistiques mentionnent du 85 pour 100 de morts. Quant à la périto-

nite par perforation, on n'a, chaque fois qu'elle se produit, qu'à enregistrer un décès.

Il est d'autant plus fâcheux que le pronostic de cette maladie soit si sombre, qu'il y a des cas, tel celui rapporté par Bezy et Boyreau, d'un enfant, où, seule, l'autopsie démontra qu'on avait affaire à une tuberculose appendiculaire. Rien, durant la vie, n'avait pu y faire songer.

L'appendicite tuberculeuse doit donc, une fois le diagnostic fait, être opérée. Il importe de faire ce diagnostic le plus tôt, car plus l'intervention chirurgicale sera près du début de la maladie, plus il y aura de chances de guérison.

TRAITEMENT

Les cas que nous rapportons dans ce travail nous montrent qu'il n'y a qu'une manière de guérir l'appendicite tuberculeuse, c'est d'enlever l'appendice malade. L'intervention chirurgicale, quand elle est possible, est le seul traitement à employer, le seul susceptible d'amener la guérison.

L'indication opératoire, nous l'avons dit plus haut, résulte du pronostic. La bacillose de l'appendice, chez un sujet, est pour lui dangereuse, localement d'abord, et ensuite pour tout l'organisme. Nécessité est donc de se presser. Il faudra agir vite et rapidement. Pour sauver son malade, l'extirpation complète et immédiate est obligatoire. Cathelin est allé même jusqu'à conseiller l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux atteints d'appendicite vulgaire, car les bacillaires supportent mal les infections. Patel, Josselin de Jong, Bouglé, Agnès, Delorme, sont aussi partisans de l'intervention. Au contraire, Benoit a vu, dans l'épuisement du malade, à la suite de longues et fréquentes suppurations locales récidivées, et dans la tuberculose locale pulmonaire fébrile avec hécitité des contre-indications à une intervention. D'autres n'opèreraient pas, parce qu'ils croient que toute opération sérieuse chez un tuberculeux, peut donner un coup de fouet à la bacillose, en produire une localisation aiguë,

pulmonaire ou méningée, et compromettre ainsi gravement la vie du malade. Demons cite le cas d'un de ses opérés qui eut, le lendemain, une hémoptysie. Un cas semblable est rapporté par Jalaguier. Bouglé trouve que l'ablation de l'appendice chez un tuberculeux, est une opération d'une gravité toute particulière, parce qu'il peut persister, dans la cavité appendiculaire, ou autour de l'organe, un foyer séptique mal éteint qui réveille l'infection tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, pour nous, nous ne voyons qu'une contre-indication à l'opération, qu'une seule : l'impossibilité, pour le malade, de subir une intervention, si minime soit-elle, de supporter le shock opératoire, si léger soit-il. Une fois l'intervention décidée, quand doit-on opérer ? Nous avons dit d'une manière précoce. Mais il nous semble logique aussi de n'agir qu'en dehors d'une crise aiguë. Lacouture, dans sa thèse, cite à ce propos le cas d'une petite opérée par M. le professeur Demons, en période aiguë, une péritonite généralisée étant l'obligation formelle. Après rémission des accidents, la malade succomba à une méningite tuberculeuse. Il est donc préférable d'intervenir une fois la crise passée.

L'objectif de l'opération va donc être l'extraction de l'appendice. Sans appendicectomie, la guérison vraie n'est pas possible. Nous savons évidemment que parfois l'ouverture simple d'un abcès sans excision du vermium, a suffi à guérir définitivement une appendicite ordinaire. Mais il ne peut pas en être ainsi dans l'appendicite tuberculeuse. L'ouverture de l'abcès n'a aucune tendance à se refermer. Il s'établit, au contraire, une fistule. Il faudra donc, que ce soit un appendice tuberculeux simple, abcédé, ou fistulisé, toujours enlever cet appendice.

On pourrait croire que l'opération est fort simple et que le chirurgien, en l'exécutant, n'accomplit là qu'une

appendicectomie banale dont il a l'habitude. Elle est, au contraire, le plus souvent délicate, et même laborieuse. Les fréquentes extensions des lésions vers le cœcum qui échappent à l'examen, exigeront une intervention plus large et plus compliquée. La grosse difficulté est la décortication de l'organe, que de nombreuses adhérences fixent fortement à l'intestin et à la paroi abdominale, « l'enfouissant dans une gangue épaisse et résistante, qui nécessite une dissection pénible, autant que périlleuse », dit Hérisson. Avant lui, Lesueur avait écrit, se basant sur 500 autopsies : « Les autopsies nous ont montré parfois l'appendice tellement dissimulé qu'il n'a été possible de le trouver qu'après une dissection attentive de la pièce. » Ces adhérences doivent être rompues, et leurs surfaces de section soigneusement désinfectées. On débarrassera les foyers par un curettage ou une thermocautérisation de tous ces pédicules. Quant à l'épiploon, il faudra le réséquer aussi haut que possible du point adhérent.

Quand on aura procédé à la destruction de toutes les adhérences, et que l'appendice apparaîtra comme une vraie tumeur isolée, on le liera aussi près que possible du cœcum, car l'orifice du vermium est un excellent point de développement des ulcérations, puisque le bacille de Koch y pullule. Le chirurgien ne doit jamais oublier de procéder à une exploration directe et attentive de la région cœcale. Si on y trouve de petites indurations, à aspect lardacé, l'excision totale ou partielle de la zone d'implantation de l'appendice est de rigueur. Delorme, Richelot, Bouglé, préconisent cette façon d'agir. Ils n'admettent point la théorie de Poncet, pour qui les lésions bacillaires iléo-cœcales seraient améliorées par une simple laparotomie. Pour eux,

le seul moyen de guérir est d'intervenir largement, en allant au-delà des limites du mal.

De même il ne faudra jamais négliger d'explorer les ganglions, et de les extirper, si le fait est jugé nécessaire, car ils peuvent, eux aussi, être la source d'accidents ultérieurs.

On sectionnera l'appendice au bistouri, et la surface de section sera profondément cautérisée au thermocautère ou au phénosalyl pur. Le moignon devra être enfoui soigneusement dans la paroi cœcale, pour que l'on n'ait pas à craindre, plus tard, son adhérence à l'intestin ou à la paroi. Ce temps de l'opération, pour avoir été négligé, a permis l'établissement de fistules pyo-stercorales post-opératoires. Une dernière fois, avant de refermer le ventre, il faut se rendre compte que les limites du mal ont été largement dépassées.

Si l'on se trouve en présence de lésions étendues, ayant envahi le gros intestin et l'intestin grêle, on se comportera suivant les circonstances, et l'opération sera classée comme laparotomie exploratrice, qui parfois a pu amener une certaine amélioration, malheureusement de courte durée. Le fait a été noté. Mais il ne faut pas y compter d'une façon affirmative.

Voyons maintenant les résultats. L'appendicectomie, dans les cas où la tuberculose est localisée à l'appendice, donne-t-elle des résultats satisfaisants ? On peut répondre par l'affirmative pour tous ces cas. La guérison y est complète, définitive. Dans les cas où le cœcum commençait à se prendre, des complications entraînant la mort sont survenues : désunion de la plaie, fistule purulente ou pyo-stercorale, envahissement progressif du cœcum. Cathelin, Delorme, Bouilly, Lacouture citent des observations de ce genre.

Si avec un cœcum sain, on a un semis de tubercules dans le péritoine, l'appendicectomie paraît avoir donné d'excellents résultats. Rappelons les observations d'Hartmann et Pilliet, de Moizard, Barette, celles personnelles que Lacouture publie dans sa thèse. Brun, Violet, Siraud, publient des cas où ne fut pas pratiquée la résection de l'appendice, la guérison est incomplète, les malades se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque droite se manifestant sous forme de poussées ou de coliques.

Conclusion : tous ces résultats conseillent l'intervention pour une appendicite tuberculeuse, puisque la guérison est la règle, dans les cas où la lésion bacillaire est bien localisée.

Il nous reste, pour terminer le traitement, à dire quelques mots sur la conduite à tenir en présence d'une des complications qui surviennent dans l'évolution de la bacillose appendiculaire.

L'abcès froid péri-appendiculaire exige, non pas une vulgaire ponction, mais une large et hâtive incision. Le pus une fois évacué, on complète l'opération en enlevant l'appendice, ablation parfois empêchée par l'état général du malade.

Lorsqu'il y a des fistules, le traitement dépend de l'état du sujet. En présence d'un mauvais état général, on incise les trajets fistuleux, on les curette et on enlève l'appendice et les masses fongueuses qui l'entourent. La méthode est simple et vaut qu'on la tente. Si l'état général permet une intervention plus sérieuse, il faut alors pratiquer une opération plus radicale, soit « l'ablation de la masse fistuleuse », soit « l'exclusion intestinale ». L'ablation de la masse fistuleuse, que l'on ferait suivre d'une entéro-anastomose semble a priori la méthode qu'il faille employer. Mais elle est hérissée de difficultés opératoires, que dé-

crit très bien Von Eisberg. D'après les statistiques de Lardennois, Senn, Koenig, la mortalité dépasserait 5 pour 100.

L'exclusion a l'avantage d'être plus facile à pratiquer ; elle est, en outre, moins meurtrière : 15.38 pour 100 d'après Terrier et Gosset ; 4,90 pour 100 d'après Diet. Laquelle employer ? « L'exclusion bilatérale ou unilatérale ? » Une discussion à ce sujet nous amènerait trop loin. Nous renvoyons ceux que la question intéresse à l'excellente thèse de Lance, dont nous résumons les points importants. Il repousse l'entéro-anastomose simple « qui ne met pas l'anse intermédiaire à l'abri du reflux des matières ». Comme c'est aussi l'inconvénient de l'exclusion unilatérale, il opine pour l'exclusion bilatérale. Hérisson, à son tour, conclut à sa supériorité : « Le procédé est d'autant plus précieux, dit-il, qu'il permet, si la fistule ne tarit pas après l'exclusion, de pratiquer secondairement l'extirpation de la masse fistuleuse. »

Il est aussi une question qui a son importance, c'est celle de l'anesthésie pendant l'acte opératoire. Le malade doit être endormi. De quel anesthésique doit-on user ? Beaucoup de chirurgiens ont proscrit l'éther, à cause des violents phénomènes congestifs qu'il occasionne souvent. Le chloroforme, pour certains, aurait lui aussi une action irritante sur les poumons de ces sujets qui sont le plus souvent suspects. Pour eux, le mieux serait soit une anesthésie locale par injection de stovaïne, soit une anesthésie partielle par la rachistovainisation. Jusqu'à preuve du contraire, et en cela d'accord avec notre éminent maître, M. le professeur Tédénat, nous croyons que le chloroforme administré à doses faibles, d'une façon prudente, par un aide intelligent, est l'anesthésique le plus sûr. Nous recommandons d'employer de préférence le mélange avec

un tiers d'éther anesthésique, qui donne d'excellents résultats. Enfin, pour éviter des vomissements post-opératoires, une compresse vinaigrée sera étendue sur le visage dès qu'on aura cessé l'anesthésie.

En terminant, disons qu'il existe des cas où il est inutile de tenter aucune intervention chirurgicale. Le seul traitement sera un traitement palliatif pendant les crises : glace sur le ventre placée largement et d'une façon continue, et dans l'intervalle des crises, on soutiendra l'état général par des toniques, des fortifiants, du repos et du grand air.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

(Clinique chirurgicale de M. le professeur Tédénat. Observation due à l'obligeance de M. le docteur Romant, interne du Service)

C... Paul, cultivateur, Sumène, Gard. Salle Bouisson, n° 14.
Entré le 1^{er} janvier 1908.

Début, il y a trois semaines environ, par de vives douleurs abdominales survenues en quelques minutes, progressivement, mais ayant atteint rapidement leur maximum. Elles étaient localisées à droite, en un point très limité. En même temps, le malade a présenté des vomissements verdâtres. La crise a duré trois ou quatre jours, pendant lesquels il n'y a pas eu de selles. On n'a pas noté d'élévation de température. Au moment où les douleurs commençaient à s'atténuer, un hoquet est survenu pour disparaître en quelques heures.

Deux jours de calme ont suivi la crise. Le malade s'est levé et a recommencé à prendre des aliments. Le troisième jour, il a éprouvé, le matin, une sensation de constriction thoracique. A midi, les douleurs abdominales sont reparues, moins nettement localisées que la première fois, mais toujours limitées du côté droit. Elles se sont accompagnées de ballonnement. Les vomissements ne se sont pas reproduits.

Depuis, les phénomènes douloureux n'ont pas cessé. La température restée normale, jusqu'à ces jours derniers, a commencé à s'élever progressivement depuis une semaine.

A son arrivée, le malade accuse des douleurs abdominales assez vives, mais supportables, localisées au côté droit de l'abdomen. L'appétit est mauvais, la langue saburrale, il y a de la constipation. Il tousse un peu. Les mictions ne présentent rien d'anormal.

2 janvier. — Le malade a un épistaxis. L'exploration de la fosse iliaque droite est douloureuse. La contraction des droits rend difficile toute exploration. On arrive cependant à sentir une tuméfaction allongée en boudin.

6 janvier. — Le malade a le faciès grippé, la langue rôtie. La température subit une ascension progressive. On croit apercevoir sur le ventre quelques taches rosées (?).

On l'envoie dans un service de médecine. Le séro-diagnostic est négatif. L'examen du sang montre une abondance de polynucléaires, et fait songer à la présence d'un abcès.

Le malade revient dans le service de M. le professeur Tédénat, le 19 janvier.

L'amaigrissement est considérable. Les douleurs sont toujours très vives. Elles occupent tout l'abdomen, mais sont particulièrement intenses à droite, au niveau du point de Mac-Burney. La palpation à ce niveau est douloureuse, et révèle l'existence d'une tuméfaction profonde, allongée dans le sens vertical.

Le 3 février, on opère le malade.

On enlève un appendice épaissi, présentant quelques granulations gris-jaunâtre dans l'épaisseur de sa paroi. Il y a eu dans divers points du péritoine viscéral des granulations analogues. Le cœcum adhère en plusieurs endroits. Une de ces adhérences déchirée met à nu une petite perforation que l'on cautérise au thermo et que l'on enfouit.

Les suites opératoires sont bonnes. La réunion se fait bien,

mais le malade continue à souffrir, sans que, cependant, ses douleurs soient comparables comme intensité à celles qu'il éprouvait avant l'opération.

20 février. — Le malade souffre toujours un peu. Il a un peu de diarrhée. La plaie est entièrement cicatrisée.

3 mars. — Le ventre est un peu ballonné. Les douleurs persistent. L'état général est assez précaire. L'examen du poudmon décèle l'existence d'un foyer d'induration au niveau du sommet droit. Il n'y a plus de température vespérale depuis plusieurs jours. A une ou deux reprises cependant, on a noté une faible élévation thermique.

Le malade sort.

OBSERVATION II

(Inédite)

(Clinique du professeur Tédénat. Due à l'amabilité du docteur Romant interne du service)

D... Basile, 27 ans, boulanger.

Entré à l'hôpital, le 4 février 1908. Salle Bouisson, n° 7.

La maladie a débuté en mai 1906 par des coliques peu intenses, d'apparence banale ; toute la région abdominale est douloureuse. Le malade va en diarrhée, cinq à six selles par jour, sans glaires, ni graisses, ni peaux. Pas de sang. En quelques jours, tout fut rentré dans l'ordre. Le malade peut aller à la montagne travailler. Mais en septembre 1906, deuxième atteinte, avec coliques, sans vomissements.

L'état du malade est depuis cette époque stationnaire, sauf un peu de pesanteur gastro-intestinale, et parfois de légers vomissements alimentaires.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il a une crise plus intense avec coliques ; la douleur semble particulièrement siéger au niveau du trajet inguinal. Elle descend vers les bourses, et

s'irradie légèrement vers les reins. Peu à peu, elle augmente d'étendue et d'intensité, au point d'occuper toute la fosse iliaque droite. Elle oblige le malade à des attitudes spéciales. Pas de grands vomissements, mais plutôt quelques régurgitations alimentaires et bilieuses. Comme pour toutes les autres crises, diarrhée abondante.

Actuellement, l'appétit est mauvais. Les digestions laborieuses avec renvois, pyrosis, régurgitations. La diarrhée a disparu ou à peu près.

Pas de signes subjectifs d'albuminurie, ni fourmillements, ni crampes, ni œdèmes, mais les urines assez peu abondantes analysées, montrent quelques traces d'albumine. L'urée dosée égale 24 grammes pour 550 centimètres cubes.

Pas de palpitations, mais quelques vertiges, des éblouissements fréquents. Le malade est un gros tousseur. Depuis trois ans, il se prétend atteint de bronchite, mais n'a jamais craché rouge. Il tousse surtout la nuit et au réveil. Les crachats sont verts et spumeux.

Les antécédents sont chargés. Un peu d'éthylisme. Bronchites répétées. Il a un fils bien portant, mais sa mère est morte probablement bacillaire.

Examen clinique. — A l'examen, on est en présence d'un malade, amaigri, très pâle, d'un teint olivâtre, les doigts sont en baguette de tambour. Le ventre est plutôt rétracté. Il existe dans la fosse iliaque droite un placard dur, noduleux, dont la limite interne est à deux travers de doigt de la ligne médiane, et la limite externe à un centimètre de l'arcade crurale et de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La limite supérieure est environ à quatre travers de doigt au-dessus du point de Mac-Burney. Dans sa partie moyenne, le placard est franchement noduleux. A cause des poussées subintrantes, on pense à des lésions bacillifères.

Opération. — On fait l'incision de Roux dans la partie ex-

terne de l'induration profonde. La paroi saigne beaucoup. A la partie moyenne de l'incision, on sent une infiltration inflammatoire des plans musculaires profonds. A l'ouverture du péritoine, on tombe sur des adhérences molles, d'où il sort une cuillerée à dessert de pus. Un bloc volumineux (œuf de poule), adhère à la paroi antérieure et au cœcum, les reliant l'un à l'autre. C'est un bloc épiploïque avec îlots jaunes et de gros tractus fibreux au milieu desquels se trouve l'appendice, qui est presque entièrement séparé de son insertion cœcale. Après assèchement, on lie l'épiploon au-dessus du bloc infecté et on le résèque. On lie le méso-appendice rétracté, saignant, à peine reconnaissable. Une mèche de gaze iodoformée est disposée sur la surface irrégulière qui résulte de l'ablation de l'appendice, des adhérences et du bloc épiploïque. Sutures à trois plans des deux tiers supérieurs de l'incision.

Examen des pièces. — L'appendice rétracté présente sur sa face séreuse, des granulations grises, jaunes, rosées, « papillomateuses », de la grosseur d'une lentille ou même dépassant ces dimensions. Elles sont comparables par leurs caractères extérieurs à celles décrites par Kiehl et Paltauf, comme une forme rare de la tuberculose cutanée, sous le nom de tuberculose verruqueuse de la peau. Au moins macroscopiquement, elles leur paraissent comparables et doivent être considérées comme une forme verruqueuse de la tuberculose péritonéo-intestinale.

Suites opératoires. — La plaie opératoire est en bonne voie de cicatrisation, malgré la persistance, les premiers jours, d'un écoulement purulent très abondant. Malheureusement, l'état général du malade est mauvais, la tuberculose pulmonaire s'accroissant.

OBSERVATION III

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Appendicite probablement bacillaire

B... Henri, 31 ans, cultivateur, Millas (Pyrénées-Orientales).

Entré le 9 décembre 1906, salle Bouisson, numéro 2.

Début. — Septembre 1906 par douleurs périombilicales et lombaires, puis dans la fosse iliaque droite avec constipation, nausées, mais sans vomissements ; durée, 8 jours.

On traite la crise par : purges, lavements, cataplasmes, et le régime lacté. Au milieu d'octobre, nouvelle crise analogue, qui dure 3 jours. A ce moment, le malade s'aperçoit lui-même d'un plastron induré dans la région iliaque droite et qui a persisté depuis. Il est obligé de cesser son travail et souffre pendant presque tout le mois de novembre.

Au moment de son entrée, la période douloureuse avait cessé. Nouvelle poussée le 25 décembre. Application du Priessnitz dès l'entrée.

A. P. — Aucune maladie grave. Rhumes très faciles.

Etat le 3 janvier. — Un peu amaigri et affaibli, le malade a des sueurs faciles et abondantes. Bon appétit, digestions faciles, pas de constipation. N'a jamais eu de sang dans les selles, ni de diarrhée.

Actuellement, ne tousse pas ; le sommet droit est suspect.

Submatité (?) et rudesse respiratoire.

Urines claires ; se lève deux ou trois fois la nuit.

Pas d'œdème des jambes, pas de palpitations.

Le ventre est souple à gauche ; à droite, empâtement assez superficiel, allongé dans le sens de l'arcade crurale, en dehors du

Mac-Burney, un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous. Pression indolore à ce niveau. La pression dans l'espace ilio-costal est douloureuse ; il n'y a pas de tuméfaction appréciable dans cette région.

5 janvier. — Crise de douleurs avec oppression ; pas de vomissements. Le pouls est bon, à 80. Glace sur le ventre.

7 janvier. — Intervention. — Incision de 15 centimètres, oblique, passant en dehors du Mac-Burney ; sous la peau on trouve des tissus infiltrés et en voie de transformation purulente. On traverse 4 ou 5 centimètres de tissus infiltrés et ponctués de pus, avec adhérences intestinales en masses lardacées. Il faut sculpter à travers ces adhérences pour trouver l'iléon. Au cours de la décortication, on trouve l'appendice, dirigé en dehors, entouré d'un manchon d'adhérences de plus de 2 centimètres d'épaisseur. Il se déchire sous la pince. Le cœcum est tiraillé, très allongé et rétréci. Il porte des exulcérations qui imposent la résection de 4 centimètres de son fond.

Examen de l'appendice. — Paroi très épaisse, muqueuse végétante et exulcérée. En dehors de la muqueuse on voyait comme des colonnes de tissu dur, gris, jaune, épaisses de 2 à 3 millimètres. Malgré l'épaisseur des couches lardacées qui l'entouraient, il s'est bien laissé décortiquer, grâce à une sorte de gaine cellulo-séreuse. Semis de granulations grises et jaunes sur le cœcum et la portion terminale de l'iléon.

Lavage à l'eau oxygénée. Gaze iodoformée. Suture partielle.

Les suites n'ont pas donné d'inquiétudes. Température 36°5 le soir.

8 janvier. — 37°2 le matin.

Le malade fait des gaz après 48 heures, puis va à la selle 4 jours après.

13 janvier. — 1^{er} Pansement. — On enlève les mèches de gaze, pas de pus, pas de fistule stercorale. Ligne de suture en bon

état. Lavage à l'eau oxygénée. Le malade prend du lait et se sent très bien.

17 janvier. — 2^e Pansement. — On enlève les fils. Pas de supuration. Bonne réunion. L'état général est excellent, les digestions se font bien ; le malade commence à manger le lendemain.

La cicatrisation est complète le 24 février. Pas de douleurs, meilleure mine, bon appétit et digestion facile.

Sorti le 28 février 1907.

L'opéré vient aux manifestations viticoles du 9 juin, très bien portant, engraisé de cinq kilogs ; cicatrice souple, pas de douleurs, ni de troubles digestifs.

OBSERVATION IV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

Appendicite tuberculeuse. Excision iléo-cæcale. Guérison. (D'après les notes du docteur Dusser.)

Louise C..., 25 ans, célibataire ; mère morte de tuberculose pulmonaire. Réglée à 16 ans, régulièrement, sauf depuis deux ans où les règles manquent souvent.

Depuis l'âge de 22 ans, coliques fréquentes, alternative de constipation et de diarrhée, souvent fausses membranes, dyspepsies fréquentes.

Il y a un an, crises d'appendicite nette avec nausées, vomissement, ballonnement du ventre. Durée, 8 jours. Quatre autres crises peu intenses (décembre 1903, mai 1904, juillet 1904, octobre 1904). M. Tédénat, consulté le 3 novembre 1904, trouve : légère induration dans la région de Mac-Burney, facile à sentir, malgré un peu de ballonnement et d'induration du cæcum. L'exploration est peu douloureuse. Malade amaigrie, pouls à 100.

Respiration un peu rude au sommet droit. Légère crise du 8 au 14 novembre, calmée par la glace.

Opération, le 24 novembre 1904. Incision de Roux. Les plans musculaires saignent beaucoup. Péritoine épaissi, adhérences nombreuses. On arrive sur l'appendice épais, bosselé, adhérent à la face postérieure du cœcum, lequel porte de nombreux tubercules gris ou jaunes, et des saillies papillaires. La partie terminale de l'iléon épaissie, porte des tubercules sur une longueur de trois centimètres. Excision iléo-cœcale. Anastomose latéro-latérale de l'iléon avec le côlon ascendant à son origine. Guérison complète le 16 décembre.

Examen des pièces. — Ulcérations de la muqueuse du cœcum multiples, arrondies, granulations tuberculeuses sur la muqueuse. Valvule iléo-cœcale épaissie avec nodules tuberculeux. Appendice long de 6 centimètres. La moitié distale forme un bloc scléreux avec points jaunes durs et petits abcès caséux.

OBSERVATION V

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)
Appendicite tuberculeuse. Guérison

Charles L..., 29 ans, Sommières (Gard).

Entré le 1^{er} mars 1907, Salle Barthéz.

Début : au mois de mai 1906, par de la fièvre continue à 38°, 38°5, avec état nauséux et fatigue générale. Le malade croit avoir la grippe, se soigne peu, va et vient, mais le pyramidon ne lui coupe pas la fièvre.

En juillet 1906, frissons, douleur abdominale peu localisée, avec un peu de prédominance à droite. Nouvelle poussée en août, douleur mal localisée, pas de vomissements ; il y a des

fausses membranes dans les selles (diarrhée), mais pas de sang. Idem en octobre.

En février 1907, notre malade est obligé de s'aliter. Il a des douleurs très vives dans les reins et la fosse iliaque droite, quelques vomissements, des frissons. Le ventre, très ballonné, est hypéresthésié ; défense musculaire considérable.

Etat actuel. — Homme maigre, malingre, blafard, cachectisé. Empatement dur, allongé le long de l'arcade crurale, large à peu près comme la main. Défense musculaire énergique, sensibilité superficielle extrême. Les douleurs spontanées sont surtout lombaires et iliaques. La colonne lombaire est douloureuse à la percussion comme s'il y avait mal de Pott.

Anorexie, langue chargée ; constipation très forte.

Tousse un peu. L'expiration est nette et prolongée aux deux sommets en arrière avec quelques craquements à gauche ; le cœur est bon.

On prescrit : glace sur l'abdomen, lavements évacuateurs et sérum quotidiens. Arsénates, phosphates, strychnine. Les premiers jours, il n'y a aucune amélioration sensible.

Température à petites oscillations entre $36^{\circ}5$ et $37^{\circ}4$. Au bout de huit à dix jours, apyrexie et diminution des douleurs ; l'empatement reste le même.

Diagnostic probable : tuberculose iléo-cœcale.

21 mars 1907. — Opération. — Appendice assez volumineux avec des bosselures, des rétrécissements, des vaisseaux dilatés. Le tissu du méso est quelquefois induré, on y voit des vaisseaux thrombosés. Sur le cœcum vascularisation anormale, avec également quelques veines thrombosées ; un nodule scléreux à 1 centimètre de l'appendice. Il y a aussi quelques concrétions très dures. En quelques points, la muqueuse est détruite. Ganglions caséeux à la base de l'appendice.

Suture totale. Ektogan sur la ligne d'incision. Apyrexie ultérieure.

29 mars. — On enlève les fils ; la cicatrisation est complète et parfaite ; pansement sec.

3 avril. — Deuxième pansement. La cicatrice a fort bon air. Le malade se sent beaucoup mieux, sa constipation a presque complètement disparu. Plus de coliques, sensation de sédation et de repos.

La sortie est retardée par une douleur sciatique qui cède à l'enveloppement ouaté.

Sorti le 19 avril 1907.

OBSERVATION VI

(Tédenat. In thèse Estève, 1906)

Appendicite tuberculeuse. Quelques tubercules gris sur cœcum. Troubles dyspeptiques. Appendicectomie. Guérison persistant depuis huit ans

Jacques P..., 24 ans ; père et mère, sœur âgée de 18 ans, bien portants.

Entre 8 et 12 ans, adénites chroniques sous-maxillaires suppurées. Rien à noter du côté des poumons. Santé générale satisfaisante jusqu'au moment des crises d'appendicite.

Dans les premiers jours de septembre 1899, douleur brusque dans tout le ventre qui, après une journée, se localise dans la fosse iliaque droite. Deux vomissements le premier jour ; quelques nausées surtout après boire, pendant 4 ou 5 jours. Constipation. Le malade garda le lit six jours et conserva un vague endolorissement de la partie inférieure du ventre pendant une quinzaine de jours.

5 février 1900. — Deuxième crise ; vomissements pendant la matinée, déterminant des douleurs déchirantes dans la fosse iliaque droite. Six jours de lit avec constipation, douleurs, léger ballonnement du ventre. Depuis cette deuxième crise, le malade a moins d'appétit, éprouve des douleurs dans la région épigastrique autour de l'ombilic ; la marche, les efforts les rendent plus

vives, surtout dans la fosse iliaque droite et la région lombaire.

Troisième crise intense du 6 au 15 juin. — Nausées, ballonnement avec léger plastron très douloureux au bas de la fosse iliaque droite, constatée par le docteur Bonne. Pouls à 100-110. Le malade a peu d'appétit et ne le satisfait pas, chaque repas provoquant quelques souffrances, tantôt à l'épigastre (distension, crampe, brûlure), tantôt dans le flanc droit ou la fosse iliaque droite.

M. Bonne adresse le malade à M. Tédénat, avec les renseignements ci-dessus : sujet pâle, à facies exprimant la souffrance. La région de l'appendice est douloureuse à la pression, même légère, sans défense musculaire. On sent une vague tuméfaction et un fin clapotement. Les données de l'exploration et les anamnestiques permettent d'affirmer le diagnostic appendicite devenue chronique depuis neuf mois, à forme dyspeptique et douloureuse.

Le malade demande une opération qui semble bien légitimée par la prolongation des accidents et l'intensité de la troisième crise.

2 juillet 1900. — Incision de Roux. Le péritoine pariétal est un peu épaissi et vasculaire : le cœcum se présente légèrement distendu avec quelques granulations grises à sa partie supérieure. Il n'adhère ni à la paroi abdominale, ni à l'intestin grêle. L'appendice, un peu épaissi, avec quelques menus vaisseaux distendus dans ses deux centimètres proximaux prend le volume du petit doigt dans tout le reste de sa longueur, qui est de 7 à 8 centimètres. Il est couvert de granulations jaunes, séparées par des tractus fibroïdes. Son extrémité distale adhère à la face postérieure du cœcum d'où il est malaisé à décoller.

Le méso-appendice est épaissi, bosselé. Il est lié au catgut. La section de l'appendice est faite au ras du cœcum. Cautérisation du moignon au Paquelin. Enfouissement à la façon ordinaire facile, grâce à la souplesse conservée de la paroi de l'appendice

dans ses deux centimètres proximaux. Les granulations tuberculeuses du cœcum et de la surface caséuse où adhéraient l'extrémité libre de l'appendice sont cautérisées au phénosalyl pur et lavées à l'alcool. Cela est rapidement fait avec un menu tampon d'ouate. Suture à trois plans de l'incision pariétale. Les suites post-opératoires sont sans incident ; pas de vomissements. Le pouls est à 100 ; la température atteint 38°3 le soir du 2^e jour.

Point de suture enlevé le neuvième jour. Réunion immédiate. Le malade quitte la clinique le 26 juillet (24 jours après l'opération), avec une cicatrice fine et solide. L'appétit était bon, les digestions faciles, les douleurs nulles.

M. Tédénat l'a revu à plusieurs reprises, le 20 juin 1906 pour la dernière fois, très bien portant, sans aucun trouble digestif.

L'appendice enlevé a une longueur totale de 9 centimètres. Les deux premiers centimètres ont une paroi légèrement épaissie ; la muqueuse a une couleur gris-rosé sans granulations tuberculeuses. Sur le reste de la longueur, granulations jaunes, caséuses, séparées par des nodules scléreux. Les deux derniers centimètres forment un magma caséux, limité par une paroi fibreuse.

OBSERVATION VII

(Tédénat. In thèse Estève, 1906)

Appendicite chronique. Ulcérations et granulations tuberculeuses de l'extrémité libre. Guérison

Marie C..., 28 ans, de constitution moyenne, réglée à 14 ans. Attaque de rhumatisme articulaire à 16 ans, qui a duré un mois, sans lésions du cœur. Depuis deux ans, coliques fréquentes, constipation tenace exigeant des lavements quotidiens.

Les douleurs occupent toute la moitié inférieure droite de l'abdomen, où la pression les exagère. Il n'y a jamais eu de crise

péritonéale aiguë, jamais rien qui ressemble à une appendicite franche. Les digestions sont pénibles, pesanteur à l'épigastre ayant son maximum entre la première et la troisième heure qui suit le repas ; sensations de crampe, de vide, de brûlure. Au milieu de la nuit, le malade éprouve souvent des gargouillements avec douleurs plus ou moins pénibles qui occupent la fosse iliaque droite et le flanc droit. Elle a maigri, ne tousse pas. Les règles restent régulières, mais sont moins abondantes ; elles durent trois ou quatre jours ; il n'y a pas de pertes blanches. La malade est vierge.

Le docteur Bermont, qui voit la malade une ou deux fois par semaine, depuis un an, a conseillé le lait, les œufs, les purées, les alcalins à hautes doses (5 gr. de bicarb. de soude) après les repas : l'usage fréquent d'huile de ricin. Il se demande s'il n'y a pas de l'appendicite chronique, à cause de la sensibilité assez marquée de la partie inférieure droite du ventre.

5 mai 1903. — M. Tédénat examine la malade : pâle, amaigrie, facies exprimant la souffrance. Légère distention gazeuse du gros intestin, surtout à droite. La malade indique, comme point spécialement douloureux, le flanc droit et la fosse iliaque droite. La douleur spontanée survient plus vive en ces régions, 3 ou 4 heures après les repas.

La pression manuelle, exercée sur le ventre, ne provoque de douleur que dans la région de la fosse iliaque droite. Il y a un peu de tension musculaire à ce niveau ; elle gêne médiocrement l'exploration profonde. On sent un peu de clapotis et une masse indurée qui correspond au point de Mac Burney.

La minceur de la paroi abdominale rend, malgré la douleur d'ailleurs pas très forte, l'exploration facile.

Cette masse indurée a une vague mobilité ; elle est juxtaposée à la partie inféro-interne du cœcum, dont une légère distension dessine assez nettement le pourtour.

MM. Bermont et Tédénat concluent à l'existence de lésions

appendiciteuses chroniques et qui semblent bien avoir été chroniques d'emblée. Ils conseillent une intervention chirurgicale ; l'état de maladie dure depuis 25 mois, et tend plutôt à s'aggraver qu'à s'améliorer, malgré un régime sévère.

12 mai 1903. — M. Tédénat ouvre le ventre ; incision de Jaguier. Aucune adhérence à la paroi abdominale antérieure. Le cœcum se présente légèrement distendu, mais d'aspect sain.

L'insertion de l'appendice au cœcum est aisée à découvrir ; l'appendice est à peu près normal sur une longueur de 2 centimètres, puis il s'épaissit, se tord et s'enfouit dans une masse indurée du volume d'une noix. Le méso-appendice est épais, dur, avec quelques granulations grises. L'appendice est lié sur le cœcum même et sectionné en aval de la ligature au catgut. Le moignon est cautérisé au thermo et enfoui par une suture en bourse sur laquelle est appliquée une suture à la Lembert. La section au niveau du cœcum rend l'enfouissement facile. L'appendice est décollé de proche en proche avec la masse indurée qui s'attache à la partie inféro-externe du cœcum ; là, M. Tédénat applique une suture en bourse. Deux petites artères sont liées. Le foyer opératoire est asséché avec de la gaze iodoformée. Suture à 3 plans de l'incision abdominale.

Guérison par première intention. La malade quitta la clinique 23 jours après l'opération. Elle se portait bien en septembre 1905.

Examen des pièces. — Sur les trois derniers centimètres, la paroi de l'appendice est épaissie, on y voit nettement des ulcérations profondes arrivant jusqu'au péritoine épaissi. Tubercules gris et jaunes disséminés sur la muqueuse, tractus cicatriciels entre les tubercules. Nodules scléro-caséeux dans le méso-appendice.

OBSERVATION VIII

(Professeur Tédénat. Recueillie par M. Vennes, interne du service)

Jeune fille de 20 ans. Coxo-tuberculose gauchè. Appendicite tuberculeuse.

Entrée le 9 mars 1906, Salle Desault, n° 24.

Entrée pour douleur du genou, remontant à six mois et claudication au moment de la marche. Fièvre typhoïde à 5 ans. Il y a quatre ans, arthrite localisée au poignet gauche, avec gonflement, douleur, diminution des mouvements ayant guéri au bout d'un an par application des pointes de feu. S'enrhume facilement l'hiver, migraines fréquentes. Règles à 16 ans, peu abondantes, régulières et indolores. Quelques pertes blanches. Durant l'affection du poignet, elle avait accusé une douleur dans la hanche gauche, qui était restée stationnaire jusqu'il y a quatre mois. Comme la douleur du genou était plus violente, on pensa à une affection de cette région que l'on traite par des cautérisations de fer rouge et acide chlorhydrique. La hanche attirant subitement l'attention par l'apparition de phénomènes douloureux à son niveau, on diagnostique une coxalgie pour laquelle elle rentre au Suburbain.

L'examen pratiqué à ce moment (9 mars 1905), montre un membre inférieur en flexion, abduction et rotation externe. La pression au niveau de l'articulation de la hanche (triangle de Scarpa), est douloureuse, ainsi que celle qui s'exerce par l'extrémité inférieure du fémur.

Les mouvements que peut faire la malade sont très réduits, tout au plus si elle détache de quelques degrés le talon du plan du lit.

L'épine iliaque suit les mouvements de la cuisse, en même temps que s'efface l'ensellure lombaire.

L'épine iliaque du côté malade est projetée en avant. Le membre inférieur gauche paraît allongé alors que la mensuration donne un raccourcissement réel de 1 centimètre. La malade est traitée par extension continue lorsqu'elle accuse le 12 novembre une douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec ballonnement du ventre et vomissements verdâtres.

Durée de la crise, 5 jours. Température, 38°. Le pouls n'a pas été noté sur la courbe. Tout cède à l'application de la glace et à la morphine. Deux nouvelles crises, le 20 novembre et le 12 décembre.

Opération le 23 décembre. Incision de Jalaguier. Pas d'adhérence au péritoine pariétal. On tombe sur le cœcum libre, à l'extrémité duquel on trouve, en même temps que sur les huit derniers centimètres de l'iléon, des granulations, de petites plaques molles rouges ressemblant à des adhérences péritonéales récentes ou à des tubercules. L'appendice tortillé en position rétrocœcale est excisé. Longueur, 12 centimètres, fixé par quelques adhérences. Son calibre est assez large et son extrémité large offre la disposition suivante : il se termine par une masse arrondie de 8 millimètres de diamètre, séparée du reste de l'appendice par un étranglement très serré formé d'adhérences dures. Quand on incise cette masse, on voit qu'elle est constituée par une capsule assez épaisse, contenant une substance jaunâtre, ressemblant au caséum d'un tubercule.

Les lésions constatées sur l'intestin, dont l'interprétation paraissait douteuse à première vue, peuvent être considérées comme de la tuberculose.

29 décembre. — Règles en avance de 12 jours. Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention. Il se forme cependant un abcès froid pariétal, au milieu de l'incision, de la contenance d'un dé, séreux, granuleux.

Guérison après deux pansements.

On note un mois après que la cicatrice a pris un aspect ché-

loïdique, ce qui n'est pas surprenant chez un sujet dans le cas actuel, à tempérament lymphatique. En cherchant bien, on trouve une chéloïde au niveau de la boucle de l'oreille droite.

Séjour à Balaruc du 1^{er} au 15 mai. La malade ne souffre plus de la hanche ni spontanément, ni à la pression locale ou longitudinale du membre.

Sort le 3^e juillet, avec un appareil de Thomas qui lui immobilise la hanche et permet la marche avec des béquilles. 8 jours avant sa sortie, avait présenté une crise de coliques néphrétiques en rapport certainement avec la durée de l'immobilisation.

OBSERVATION IX

(Tédenat. In thèse Veirat. Montpellier, 1904)

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. Ablation. Péritonite par perforation secondaire. Mort

C..., 24 ans, étudiant, entre salle Barthez, le 3 mai 1903, pour douleurs généralisées à tout l'abdomen.

A eu une fièvre typhoïde à 20 ans ; sujet robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé.

Il a commencé à souffrir, il y a un an et demi, de coliques passagères, durant une demi-minute, revenant 3 ou 4 fois dans la journée et apparaissant trois ou quatre fois par mois. Leur maximum était au niveau de l'ombilic. Ces phénomènes ont duré un an.

Le ventre n'était pas ballonné, jamais de vomissements ; le malade n'avait jamais été obligé de garder le lit.

Depuis 6 mois, ces douleurs sont beaucoup plus vives et reviennent tous les quatre jours, obligeant le malade à garder le lit depuis un mois, avec des alternatives de diarrhée et de cons-

tipation. Il y a eu des vomissements, d'abord alimentaires, puis fécaloïdes.

Le malade a beaucoup maigri depuis six mois ; il ne tousse pas et les poumons paraissent sains. Appétit nul, langue très sale.

Abdomen ballonné ; les anses intestinales, distendues, se dessinent sur la paroi, ventre sonore. Le palper, un peu douloureux à droite, ne montre ni tumeur, ni empâtement ; un peu d'ascite. Le diagnostic est hésitant entre une appendicite, une tuberculose intestinale, une entéro-colite d'origine appendiculaire. On pense plutôt à cette dernière affection.

Opération le 7 mai 1903. Laparotomie médiane ; quantité notable de liquide clair dans le péritoine ; intestin distendu ; le cœcum est haut, situé près de l'ombilic ; l'appendice, comme en érection, est collé contre la paroi antérieure du cœcum, à laquelle il adhère fortement. Il est libéré avec prudence et réséqué à sa base. Le moignon, touché au thermocautère, est enfoui avec du fil de lin. Une mèche de gaze est laissée dans l'abdomen.

Fermeture de la paroi.

Les suites opératoires furent normales, et le 6 juin, un mois après, il restait à peine une fistulette de un centimètre de profondeur, au niveau du drainage par la mèche, lorsque, brusquement, le 29 juin, tout change.

Le malade souffre du ventre, son faciès est tiré, jaunâtre, il a de la diarrhée.

Le 30, vomissements verdâtres, douleurs abdominales très vives. Le soir, par la fistulette, s'écoulent des matières fécales. Il s'est fait une ulcération secondaire de l'intestin et péritonite généralisée consécutive. Mort dans la nuit.

L'examen microscopique de la pièce, pratiqué par le docteur Bosc, a montré qu'il s'agissait d'appendicite tuberculeuse hypertrophique.

OBSERVATION X

(Personnelle)

(Hôpital civil d'Oran. Service de chirurgie du regretté docteur Mondot)
Appendicite tuberculeuse, simulant une appendicite aiguë. Pas d'opération.
Mort de tuberculose pulmonaire. (Trouvaille d'autopsie.)

Aicha Ben M..., 22 ans, mauresque, entre dans le service de M. le docteur Mondot le 8 octobre 1907, pour des coliques violentes de tout le ventre. Elle accuse, à l'examen, une douleur intense dans la fosse iliaque droite, localisée au point de Mac Burney, avec exacerbation dans la région périombilicale. L'interne de garde pose le diagnostic d'appendicite et fait mettre de la glace sur le ventre.

Le 9 octobre, le chirurgien approuve le diagnostic et fait continuer la glace. A l'interrogatoire, on apprend que la malade a fait déjà plusieurs séjours à l'Hôpital dans les services de médecine, l'année 1905 et 1906. A l'auscultation, on trouve des signes très nets de tuberculose pulmonaire gauche et de la submatité caractéristique au sommet droit. La malade accuse des hémoptysies, devenues très fréquentes pendant ces derniers temps. A eu une sœur morte bacillaire ; a eu un frère atteint d'adénite cervicale.

Le 10 octobre, dans la matinée, les douleurs deviennent plus vives. Des vomissements bilieux apparaissent, de là diarrhée. Le ventre est hypéresthésié, mais n'est pas ballonné. Température 39°.

Le 11 octobre, même état ; vomissements plus fréquents ; la diarrhée continue très abondante, affaiblissant la malade ; météorisme abdominal.

Le 12 octobre, la malade a une violente hémoptysie, et elle meurt dans la journée.

Autopsie. — Tuberculose cavitaire du poumon gauche ; quel-

ques ulcérations à la fin de l'iléon, dans le cœcum. Ce qui frappe surtout, c'est un appendice volumineux, très dilaté, présentant de nombreuses ulcérations, qui doivent être de nature tuberculeuse. Le méso-appendice est épaissi, sans adhérences. Nous n'avons pas fait l'examen histologique de la pièce, mais il est évident que le diagnostic post-opératoire n'était pas douteux.

OBSERVATION XI

Appendicite tuberculeuse dysentérique. — Weinberg et Alexandre
dans Bulletin soc. anat. de Paris, 1906.

Résection de l'appendice chez un jeune homme de 19 ans, chez lequel le diagnostic d'appendicite tuberculeuse a pu être fait grâce à l'examen clinique. On avait, en effet, toute raison de croire que chez ce sujet, les lésions tuberculeuses n'étaient pas seulement localisées au niveau de l'appendice. L'opération n'a été pratiquée que sur l'insistance du malade. Ce jeune malade a succombé quelques mois plus tard à un abcès tuberculeux du foie.

L'appendice étant ouvert sur toute sa hauteur, on voit sur sa surface interne quelques petites saillies. L'examen attentif de cette surface fait supposer que presque toute la muqueuse a disparu en ne laissant d'intact que quelques lambeaux, dont le plus étendu est assez saillant pour ressembler à un petit polype. D'après l'aspect macroscopique, il s'agit de véritables pertes de muqueuse intestinale, comme on observe dans la dysenterie.

L'examen histologique, pratiqué en différentes régions de l'appendice, montre la nature tuberculeuse du processus inflammatoire. La muqueuse manque partout. La sous-muqueuse est infiltrée par des nodules tuberculeux, dans lesquels se trouvent un très grand nombre de cellules géantes, dont quelques-unes

contiennent des bacilles de Koch. Les petits lambeaux de muqueuse qu'on voyait sur la paroi interne de l'appendice, sont indemnes de toute lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XII

(In thèse Lacouture. Bordeaux, 1906)

Appendicite tuberculeuse. Forme de début. Guérison post-opératoire

Antécédents héréditaires. — M..., 20 ans, entre à la maison de santé pour une appendicite à répétition en octobre 1903. Dans ses antécédents, on relève les faits suivants : du côté paternel, grand-père mort à 65 ans d'une fistule à l'anus ; grand'mère morte d'une affection aiguë pulmonaire à 89 ans.

Père, forte constitution. A 24 ans, abcès du foie, bien qu'il n'ait jamais été aux colonies. A 53 ans, adénite inguinale suppurée (?).

Du côté maternel : Grand-père mort à 64 ans de paralysie ; grand'mère encore vivante, a eu une pleurésie avec épanchement (?) ; mère vivante, bien portante ; frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche en bas-âge. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement depuis, sauf pendant 12 mois, à l'âge de 17 ans, à la suite d'une anémie passagère. A 17 ans, première crise subite, douleurs très vives par tout le ventre. Cette crise survint à la suite d'ingestion de moules ; le médecin consulté crut à un empoisonnement par les moules ; purgation. La malade se lève au bout de huit jours, mais une douleur qui persiste au côté droit, l'oblige à marcher inclinée de ce côté. Un autre médecin, consulté, diagnostique appendicite : lit, diète, glace sur le ventre, calomel à l'intérieur. La

malade reste au lit 15 jours, puis part pour la campagne ; elle a maigri de 16 livres.

Pendant les trois mois qui suivent, état assez satisfaisant ; cependant, de temps en temps, douleurs assez sourdes dans le flanc droit. A la fin de décembre, deuxième crise simulant embarras gastrique fébrile.

Puis, pendant un an, pas de fortes crises, mais toujours des douleurs sourdes intermittentes plus vives et plus fréquentes au moment des règles. En janvier 1903, troisième crise ; toujours aspect clinique d'embarras gastrique fébrile. En février, également.

En avril, cinquième crise très aiguë, vomissements abondants, fièvre élevée, abcès volumineux qui s'ouvre dans l'intestin ; la malade rend alors par l'anous un pus fétide non mélangé aux matières fécales.

Convalescence longue. — En août, la malade commence à tousser: A l'auscultation, craquements secs en avant, au sommet gauche.

Une intervention est décidée et pratiquée en octobre 1903.

Après l'ouverture de la paroi par l'incision de Jalaguier, on tombe sur le cœcum qui est recouvert par l'épiploon ; celui-ci relevé, on trouve l'appendice adhérent à cet épiploon et l'on aperçoit quelques granulations tuberculeuses discrètes. Extirpation, thermocautérisation, enfouissement du moignon appendiculaire sous un surjet séro-séreux ; exploration des annexes de l'utérus, qui sont saines.

Les suites opératoires immédiates ont été très bonnes. Réunion par première intention.

Depuis lors, il y a deux ans, plus d'antécédents, aucune réaction abdominale, selles régulières.

La malade, qui avait continué à tousser, avec fièvre vespérale, perte d'appétit, est partie pour Arcachon où, depuis, son état

s'est très amélioré ; la fièvre a disparu, l'appétit est revenu, et surtout, la malade a engraisé.

Examen macroscopique fait par M. le professeur agrégé Sabrazès.

Il s'agit d'une appendicite tuberculeuse. La tuberculose est infiltrée dans la région folliculaire et épargne la tunique musculaire.

Il y a, outre les glandes et autour d'elles, un semis de petits tubercules de dimensions variables, les uns microscopiques, les autres visibles à l'œil nu, punctiformes, avec nombreuses cellules géantes, sclérose pérítuberculeuse ; les phénomènes de caséification sont très peu marqués. Au centre d'un tubercule caséeux, présence de bacilles de Koch. Cet appendice a une épaisseur totale d'un demi-centimètre. L'épaississement porte surtout sur la muqueuse et la sous-muqueuse.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite tuberculeuse se rencontre beaucoup plus fréquemment que ne le prétendent les auteurs classiques. Sa rareté apparente tient à ce que l'on ne se livre pas le plus souvent à l'examen microscopique et bactériologique des appendices enlevés, examen qu'il faudrait systématiquement pratiquer.

2° La tuberculose peut se cantonner à l'appendice chez un sujet indemne de toute autre lésion bacillaire.

3° L'appendicite tuberculeuse primitive a une origine alimentaire. Les cas de tuberculisation secondaire arrivent par la voie sanguine ou par la voie péritonéale.

4° L'appendicite tuberculeuse ne nous paraît pas avoir une symptomatologie absolument spéciale. Elle est parfois latente, mais elle peut aussi donner naissance à des accidents appendiciteux qui la font ressembler à une appendicite ordinaire.

5° La caractéristique de son évolution est son processus d'extension, lent, mais continu. Le péritoine et l'intestin sont les plus menacés.

6° Le diagnostic clinique est extrêmement difficile. On ne pourra le poser qu'après une étude approfondie des antécédents des phénomènes cliniques et des excréta.

7° Abandonnée à elle-même, une appendicite tuberculeuse a une marche forcément fatale. Le pronostic opératoire

toire est moins sombre. Les formes de début guérissent bien, mais plus on s'en éloigne, plus le pronostic devient grave.

8° Le traitement est chirurgical : intervention radicale judicieusement choisie et pratiquée aussitôt que possible. Ne jamais oublier de se livrer, au cours de l'appendicectomie à un minutieux examen des organes voisins, en particulier du cœcum, dont il faudra le cas échéant détruire les lésions.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 juillet 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET

BIBLIOGRAPHIE

1759. MESTIVIER. — Journ. de méd. et de chirurgie, t. X, p. 441.
1824. LONGER-WILLERMAY. — Arch. gén. méd., obs. pour servir à l'hist. des inflammations de l'appendice.
1827. MESLIER. — Journal gén. de méd. et de chir.
1837. CORBIN. — Notes sur les perforations de l'appendice (Gaz. méd., 7 octobre 1837).
1838. BURNE. — Ulcères perf. du cœcum et de l'appendice (Gaz. méd.).
- HALLOWELL. — Am. Journal of the med. Sc.
1843. VALY. — Typhlite tuberculeuse. Th. Paris.
1844. BODARD. — Perf. du cœcum et de l'append. Th. Paris, Bull. Soc. Anat.
1847. SIMON. — Perfor. de l'app. cœcal. Bull. Soc. An., p. 135.
1851. ALBERS. — Ueber eine der noechsten veranlassungen der Durchbohrung des processus Vermif. Arch. f. Phys. Heilkunde, p. 455.
- FARRE. — Hist. des perf. spont. de l'append. iléo-cœcal. Th. Paris.
1852. BROCA. — Bull. Soc. Anat., p. 111.
- DUFOUR. — Bull. Soc. Anat., p. 212.
1853. CLESS. — Canstatts Jahresbericht, t. III., p. 187.
1857. CLESS. — Medicinisches correspondenz blatt des Wurtemberg. Aertzl. Vereins, 27 janvier, 3 février.
1859. LEUDET. — Rech. an. path. sur l'ulcér. de l'app. Arch. gén. de méd., série V, t. XIV, août et septembre.
1862. CRUVEILHIER. — Traité d'an. path. générale, p. 668.
- HABERSHON. — Path. and pratic. of diseases of the abdomen. 2^e éd., London, 1862.
1865. CROUZET. — Des perfor. spontanées de l'append. Th. Paris.

1868. BLATIN. — Th. de Paris.
1869. DUGUET. — Un cas de typhlite phlegmoneuse, Soc. de Biol.
FAVRE. — Perfor. spont. de l'app. Th. Paris.
LASÈGUE. — Soc. de Biologie.
PAULIER. — Th. de Paris.
VILLEMUR. — Etude sur la tuberculose.
1870. BLACHEZ. — Dict. Soc. médical, t. II, p. 471 (Art. cæcum).
1871. SAUZÈDE. — Etranglement interne consécutif à une perf. de l'app. cœcal. Th. Paris.
1873. BARRÉ. — Th. de Paris.
1874. COLIN. — Arch. de médecine.
1875. LEGRAIN. — Contribution à l'étude des maladies de l'appendice iléo cœcal. Th. de Paris.
PAULIER. — Typhlite et pérityphlite. Th. de Paris.
1877. TAVERNEY. — Des ulc. et perforations de l'app. Th. de Paris.
LAVERAN. — Progrès Médical.
1878. SPILLMANN. — Tuberculisation du tube digestif. Th. d'agrégation de Paris.
1884. RIEDERT. — Jahrbuch. f. Kindelsheilkunde und phys. Erziehung XXI. Leipzig.
CHARVOT. — De la tuberc. chirurgicale. Revue de chir., p. 320.
NOTHNAGEL. — Beitr. z. Physiologie u. Pathol. des darmes. Berlin.
1885. BAUMGARTEN. — Ueber tuberc. Berlin, th. I.
1887. HUDSON. — Transact. Pathol. Society. London, p. 112.
V. DE SZEMBOSZ. — Typh. chez enfant. Th. Paris.
1888. BIGGS. — Tub. de l'appendice. New-York, Path. Society.
GIRODE. — Int. des tuberculeux. Th. de Paris.
PRAVAZ. — Pérityphlite et son traitement. Th. de Lyon.
TRÈVES. — Lancet, London, p. 322.
WON-HAECKER. — Wien. Klin. Woch, n^{os} 17-18.
WIETH. — New York med. J. P., 398.
1889. BOUILLY. — Congrès français de chirurgie.
CZERNY. — Centralb. f. Chirurgie, p. 927.
MAUSIN. — App. et périt. append. Th. de Paris.
SUCHIER. — Beitz. z. op. behandl. Berlin, Wochensch., Pasteur, 617-XXVI.
TCHISTOWISCH. — Tub. intest. chez homme. An. Inst. Pasteur, 209.

1890. BENOIT. — Etude des append. Th. Paris.
DOBROKOWSKY. — Arch. méd. expérimentale (mars).
DUGUET. — Bull. Soc. Anat. (février).
ELA. — Bost. Med. and Surg. Journ, p. 128.
KOENIG. — Centralb. f. Chir., n° 35, 30 août 1890, p. 657-660.
LEPORT. — Append. et son traitement. Th. Bordeaux
MARTINEZ. — Diagnostic et traitement des append. Th. Paris.
RICHELOT. — Bull. Soc. chir., 15 oct., p. 627.
ROUX. — Revue méd. Suisse romande, p. 299.
SACHS (W.). — Centralb. f. Chir. Leipzig, p. 727.
1891. NOVE JOSSEMAND. — Tuberculose du cœcum et de l'utérus.
(Lyon médical, 28 juin).
BILLROTH. — Wien. Klin. Wochensch., n° 34.
BLAND-SUTTON. — Brit. med. Journal, février, p. 409.
BROCA. — Bull. Soc. Anat. (Décembre).
ELDEWIG. — N. York Med. Journal, p. 585.
HARTMANN et PILLIET. — Bull. Soc. Anat., 31 juillet, p. 471.
HOCHNEGG. — Semaine médicale. Septembre.
JONNESCO. — Revue chirurgicale, p. 185.
LYON (G.). — Gazette des Hôpitaux, n° 139, p. 1276.
MARGERIE. — App. infectieuse aiguë. Th. Lyon.
MARIAGE. — Th. de Paris.
PILLIET. — Bull. Soc. Anat. Décembre.
ROCHERON. — Th. de Lyon.
ROUX. — Revue médicale de la Suisse romande, p. 505.
1892. LE BAYON. — De la typhlite tuberc. chronique, Th. Paris.
BILLROTH. — Arch. f. Klin. Chirurgie, Berlin.
BOUILLY. — Deux cas d'app. tuberc. Bull. Soc. chirurgie.
2 mars, p. 165.
BROCA. — App. tuberc. (Gazette hebdomadaire.)
DELORME. — Bull. Soc. chirurgie, 30 mars, p. 260.
— Bull. Soc. chirurgie, 6 avril.
— Gaz. Hôpitaux, 5 mars, p. 502.
ESTOR. — Revue générale à Montpellier.
FEUWICK et DODWELL. — Lancet, London, 133.
FRANCK. — Wien. Kl. Wochenschr., n° 27, p. 390, 393.
JALAGUIER. — Art. appendicite. Traité chir. Duplay-Reclus,
t. VI.
LANZ. — Corresp. blatt. f. Schweitze sertzte (juin).

- NANNOTTI. — Rivisti generali ital. di clinica medica, p. 336.
- PILLIET et HARTMANN. — Rech. sur l'histoire de l'app. tuberc.
(Bull. Soc. chir., p. 237).
- REYNIER. — Bull. Soc. chir., 2 mars.
- RICHELOT. — Bull. Soc. chir., 30 mars, p. 238.
- SAHLI. — Corresp. blatt. f. Schweitz sertzte.
- TALAMON. — App. et pérityphlite. Paris, Rueff.
- TERRIER. — Bull. Soc. chir., 17 février, p. 131, 30 mars, p. 266.
1893. BÉNOÎT. — Tuberc. locale chronique de la région iléo-cœcale.
Th. Paris.
- ROGIÉ. — Sur l'anatomie normale et pathologique de l'appendicite iléo-cœcale (Journal des Sciences médicales de Lille, 22 septembre).
- RECLUS. — Bull. médical, 25 juin.
- RICHELOT. — Bull. Soc. chir. (Juin).
- STEARNS. — N. York. Path. soc. in N. Y. med. Records, p. 23.
1894. BAILLIET. — La résection du segment iléo-cœcal de l'appendice. T. Paris.
- CHALLIOL. — Résection à froid de l'app. et appendicite à répétition. Th. Lyon.
- COQUET. — De la variété chirurgicale des tumeurs cœcales tuberculeuses. Th. Paris.
- PILLIET et THIERRY. — Progrès médical, 24 nov.
- RECLUS. — Clin. chir. de la Pitié, p. 317.
- VELIAMINOW. — Gaz. heb. de méd. et de chir.
1895. MONOD. — Contribution à l'étude des append. Bull. Soc. chir., 10 juillet.
- PILLIET et COSTES. — Etude sur l'app. folliculaire. Bull. Soc. anat., 18 janvier.
- DIEULAFOY. — Bull. Acad. méd. Paris, 30 avril. Semaine méd., p. 199.
- KAREWSKY. — Path. u. Therap. des Perityphlitis.
- KIRMISSON. — Bull. Soc. chir., p. 622.
1896. LEGENDRE. — De l'appendicite familiale. Bull. Soc. méd. des hôpitaux, 28 février.
- AYNÈS. — App. tuberc. Th. Bordeaux.
- DIET. — Th. Paris.
- FOGES. — Wien. med. Wochehsch., nos 50-53.

- FOWLER. — Tubercularis appendicitis. Berlin.
- GOUGET. — Bull. Soc. Anat. (Avril-Mai).
- NICAISE. — Rev. de chirurgie, p. 386.
- SAENGER. — Mittheilung. der Gesellschaft f. Geburtshulfe. z. Leipzig.
1897. BORN. — App. tubercul. Berlin.
- GOUGET. — Pseudo-tub. local. sur l'appendice. (Bull. soc. Biol. 3 avril).
- HINGLAIS. — Th. de Lyon.
- KAREWSKY. — Deux cas d'app. tub. (Soc. de méd. intern. de Berlin, 11 janvier).
- LEGUEU. — Appendicite (Œuvre méd. chir. Critzmann), 1^{er} mai.
- HERBERT W. PAGE. — Ulcér. tub. du cœcum ayant donné lieu à des sympt. d'appendicite (The Lancet, London, 3 juillet).
- LETULLE. — Bull. Soc. médical. Hôpitaux, 26 mars.
- LETULLE et WEINBERG. — Bull. soc. Biologie, 31 juillet. Presse médicale, 4 août.
1898. BILLON. — La tub. app.-cœcale trait. par la laparotomie iliaque. Th. Lyon.
- LETULLE et WEINBERG. — Arch. des sciences méd. de Jonnesco. (Sept. et nov., p. 506).
- SONNENBURG. — Un cas d'app. tub. (Réunion libre des chirurgiens de Berlin). (Janvier).
- APPERT. — Presse médicale, n° 11, p. 343.
- C. BECK. — Append. Sammlung. Klin. Vortrage, n° 221 (chir. n° 63). (Sept.).
- Foelle von tuberkul. Appendicitis. N. Y. medical. Monatschr., X., 361.
- CATHELIN. — App. tuberc. Presse méd., 28 juillet, p. 30.
- JALAGUIER. — Art. Appendicite in Traité de chirurgie.
- DUPLAY et RECLUS. — T. VI, p. 635.
- LARDENNOIS. — Th. Paris.
- LEGUEU et BEAUSSENAT. — Revue de gynécologie.
- SENN. — Journal american. med. Assoc.
- VON EISELBERG. — Arch. f. Klin. chir. Berlin, VI., p. 281-322.
1899. PESQUEREL. — App. chronique. Th. Paris.
- TUFFIER et JEAUNE. — Revue de gynécologie. (Mai-Juin).

1900. DELAGENIÈRE. — App. dans affections annexielles d'origine diverses. Ann. de gynécologie. Paris, LIV, 440.
DIEULAFOY. — Manuel path. interne. 14^e édit. T. I^{er}, p. 533.
FERRY. — Etude clinique sur les adénopathies péri-appendiculaires. Th. Paris.
GÉRARD-MARCHAND. — Bull. Soc. chir., 24 janvier.
LÉCUREUIL. — Fistules entéro-cutanées conséc. à l'app. Th. de Paris.
LOKWOOD. — Journal of anat. and phys., n. s., vol. XIV, part. III, p. 9.
MOIZARD. — La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'app. (Journal des Praticiens, 7 août).
MONGIE. — Soc. anat. et phys. Bordeaux, 12 nov.
PATEL. — App. tub. Lyon Médical, XCV, 621.
TERRIER et GOSSET. — Rev. de chir., II, p. 129.
1901. BONJOUR. — Des adénopathies péri-append. dans l'appendicite. Th. Paris.
DIEULAFOY. — Semaine Médicale, p. 377.
DELORE et PATEL. — Revue de chirurgie.
SOTTY. — Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. Th. Lyon.
HAMANN. — A case of append. with tub. of lymph. glands. Cleveland. J. M., VI, 61.
RASTOUIL. — Appendicite chronique. Th. Paris.
MARCLAND. — Appendice et appendicites. Etudes anatomiques et anatomopathologiques. Th. Paris.
MELIKIAN. — Contribution de l'app. à forme néoplasique. Th. Paris.
1902. CROWDER. — A case of hyperplastic tub. of the vermif. Append. An. 5 m. Sciences. Philadelp., CXXIX, 236.
DE JOSSELIN-DE-JONG. — Revue intern. de la tuberculose, décembre, n° 12, p. 906, trad. de Péruguier (de Nice).
DIEULAFOY. — Semaine médicale, 8 octobre, p. 329.
KRAUS. — Tuberc. der append. und rechtsichtig. adnexe Monastch, f. Geburts. u. Gynæk. Berlin, XV, 159.
1903. BOUGLÉ. — App. tuberc. Revue gén. de méd., 9 février, n° 5
BOUGLÉ et MAIRE. — App. tuberc. Soc. anatomique, janvier, p. 92.

- LANCE. — Th. de Paris.
- LESUEUR. — App. chez les tuberculeux. Th. de Paris.
- LETULLE. — Bulletin Soc. anat., juillet, p. 638.
- MOSHER. — Tubercular. ap. Brooklyn. M. J., XVIII, 82.
- ROLLIN. — Bull. Soc. anat., février.
- RUOTTE. — App. tub. Bull. Soc. chir. de Lyon, 2 avril.
1904. BEHR. — Mittheil. ad. grenzgebiet des med. u. chirurg.,
L. XXII. Ein Fall. v. tuberk. des Wurmsortrakes.
- BELGRAND. — Tub. chir. de la région iléo-cæcale. Th. de Paris.
- CUMSTON. — Tub. and appendicitis. Colorado, J.-M. Danver,
X. 353.
- NATALE PALERMO. — Riforma medica, n° 41-42.
- VEIRAT. — Appendicite tuberculeuse. Thèse Montpellier.
- VERLIAC. — Différentes formes de tuberculose intestinale.
Revue de chirurgie, n° 3, juin.
- ZEMBRUSKI. — Appendicitis tuberculosa. Now. lek. Poznan,
XVI, 58.
1905. *Congrès international de la tuberculose*. Paris, 1905. (Rapports
de Roux de Lausanne ; de Demoulin ; de Depage et Pin-
chard).
- XVIII^e Congrès de l'Association française de chirurgie*. Paris,
2-7 octobre 1905. (Sur l'appendicite tuberculeuse, rapports
de Chavannaz de Bordeaux. Presse médicale, 25 oct. 1905).
- KELLY et HURDON. — The vermiform appendix and its diseases.
Philadelphie, Saunders and C°, éditeurs.
- LETULLE. — App. et tub. de l'appendice. Revue de la tubercu-
lose, II^e série, t. II.
- RECLUS. — Path. de l'append. (Presse médicale, 8 juillet, n° 54,
p. 425).
- ROUTIER. — Bulletin soc. chirurgie, 5 juillet, p. 659.
- L.-H. PETIT. — De l'app. tub. Thèse Paris.
- SITSEN. — Over appendix tub. Nederl. Tijdsch genees K.
Amsterdam, 2 r. 1905, XLI, p. 1282-1294.
1906. VIGNARD. — App. tub. chez enfant. Thèse Toulouse.
- LACOUTURE. — Contribution à l'étude de l'app. tuberc. Thèse
Bordeaux.
- BEZY et BOYREAU. — Un cas d'app. tub. chez un enfant. Tou-
louse Médical, 15 février 1906, p. 41-43.

ESTÈVE. — App. tub. Thèse Montpellier.

SAINTÉ-MARIE DODEUIL. — App. et tub. Thèse Paris.

HÉRISSON. — Appendicite tuberculeuse (Revue générale). Gaz.
des hôpitaux, février 1906.

GAUDIANI. — Policlinica. Rome, sect. chir., p. 381-388.

CULLEN. — Early tuberculosis of the appendix. John Hopkins
Hosp. Bullet. Balt., XVII, p. 152.

L -H. PETIT. — Tribune médicale. Paris, XXXVIII, 5-7.

WEINBERG. — Bull. Soc. anat. de Paris, LXXXI, p. 16-18,

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue laira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



